Rocznik XVI. Styczeń—Luty 1938. Nr. 1—2

POLSKA STOMATOLOGIA
ORAZ
PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

LWÓW WARSZAWA

KRAKÓW — POZNAŃ — WILNO

Organ Kliniki Stomatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza, Polikliniki Stomatologicznej Uniw. Poznańskiego i Krakowskiego, Związku Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej, Centralnej Rady Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej, Stałej Delegacji Polskich Zjazdów Stomatologicznych, Związku Słowiańskich Stomatologów, Polskiego Komitetu Narodowego Międzyn. Związku Dentyst. (F. D. I.), Sekcji Polsk. Międzyn. Związku Stomat. (A. S. I.), Międzyn. Zw. Badających Parodontozę „Arpa" oraz Związku i Tow. Lekarzy-dentystów Chrześcijan w Warszawie.

TREŚĆ: Str.

SOMMAIRE: p.

Abonament roczny 22 zł. — Cena niniejszego numeru 4 zł.
Adres Redakcji i Admin.: Lwów, ul. Zielona 5 a. P.K.O. 505.125.

Dodatek: Treść Rocznika XV Polskiej Stomatologii 1937

Z Zakładu Higieny Uniwersytetu Jana Kazimierza
(*Kierownik Prof. Dr. Zdzisław Steusing*)

Lek. RZUCIDŁO LUDWIK LWÓW
st. asyst. Zakładu Higieny U. J. K.

Referat I. 14.

OCENA ŚRODKÓW DO CZYSZCZENIA ZĘBÓW I PŁUKANIA JAMY USTNEJ ZE STANOWISKA HIGIENY.

Critique des moyens pour nettoyage des dents et rinçage de la cavité buccale au point de vue hygiênique.

Die Beurteilung von Zahnreinigungsmitteln und Mundreinigungswässern vom hygienischen Standpunkte.

Doc. pol. 22.2:51.3 Doc. int.616.314 033:008.8 089.87

Część I.

Do czyszczenia zębów stosuje się w codziennej higienie jamy ustnej proszki, mydełka i pasty do zębów. Mają one usuwać zanieczyszczenia z zębów, izapobiegać tworzeniu się kamienia zębowego, względnie usuwać go. Celem ubocznym tych środków jest odkażanie jamy ustnej, dezodoracja i t. d., co znacznie lepiej uskuteczniają wody do ust. Dlatego przy omawianiu rozmaitych środków do czyszczenia zębów należy omówić przedewszystkim substancje, które mają spełnić zasadniczy cel.

Substancje te ze względu na sposób usuwania kamienia zębowego i zanieczyszczeń zębowych można podzielić na dwie grupy:

usuwające mechanicznie kamień zębowy i zanieczyszczenia,
usuwające chemicznie kamień zębowy i zanieczyszczenia.

Kamień zębowy składa się ze związków białkowych i nieorganicznych soli wapniowych trzeciorzędowego fosforanu wapnia i węglanu wapnia.

Mimo, że skład chemiczny rozmaitych kamieni zębowych jest prawie taki sam, to jednak twardość ich jest różna. Są bowiem kamienie kruche i twarde jak ząb. Przy bardzo twardym kamieniu nawet dobre środki do czyszczenia zębów zawodzą, wtedy wchodzi w rachubę jedynie radykalne usunięcie kamienia zębowego przez stomatologa. Jeśli kamień jest kruchy a złogi jego nie są duże, wtedy rozmaite środki do czyszczenia zębów mogą go usunąć.

Mechaniczne usuwanie kamienia zębowego, przy stosowaniu środków do czyszczenia zębów, polega na ścieraniu go przy pomocy rozmaitych substancyj, zawartych w tych środkach.

Należy tu w pierwszym rzędzie węglan wapnia. W postaci chemicznie czystej wyjątkowo znajduje się w środkach do czyszczenia zębów. Używane są natomiast często jego postacie rodzime jak kreda, koral, skorupy ostryg i kości mątwy.

Przy ścieraniu kamienia zębowego te rozmaite substancje wchodzą w styczność nietylko z kamieniem lecz także z zębem. Z tego powodu do mechanicznego usuwania kamienia zębowego, musimy ograniczać się do takich substancyj, które nie są szkodliwe dla zęba. Zatym do powszechnego użytku można polecać tylko te, których twardość jest mniejsza od twardości szkliwa zębów ludzkich.

Twardość szkliwa zębowego, określona według skali Mosha wynosi 5, według innych badaczy 7.

Mając na uwadze, przy stosowaniu środków do czyszczenia zębów całość szkliwa, przyjmijmy, że twardość jego wynosi 5. Nie wolno wobec tego używać do mechanicznego czyszczenia zębów substancyj o twardości większej jak 5, lecz miększych lub conajmniej tak twardych jak szkliwo. Takie ograniczenie pociąga za sobą to, że rozmaite środki do czyszczenia zębów nie mogą intensywnie usuwać kamienia zębowego.

Za tym przy ocenie ze stanowiska higieny wartości środków mechanicznie usuwających kamień zębowy, należy kierować się ich twardością.

Węglan wapnia chemicznie czysty jest miększy od szkliwa, twardość jego wynosi 5. Stosowane często jego postacie rodzime zawierają obok węglanu wapnia szereg domieszek mineralnych, niekiedy twardszych od szkliwa lub przynajmniej tak twarde jak ono.

Im właśnie należy poświęcić uwagę. Twardość ich przedstawia się następująco:

Nazwa:	Twardość:
I. Glinokrzemiany:	
Talk ($Mg_3 . H_2 . SiO_4$)	1
Krzemian glinu ($H_2Al_2(SiO_4)_2 . H_2O$	2
Pumeks (krzemian glinowopotasowy)	6
II. Trzeciorzędowy:	
Fosforan wapnia ($Ca_3 . (PO_4)_2$	5
III. Siarczan wapnia	1.6 do 2.0

Na podstawie tej tabeli należy odrzucić te wszystkie substancje, które zawierają pumeks, lub duże ilości trzeciorzędowego fosforanu wapnia.

Z wszystkich postaci rodzimych węglanu wapnia najczęściej stosuje się kredę, którą przez szlamowanie pozbawia się grubych zanieczyszczeń. Obok badania jej na szkodliwe domieszki mineralne, bardzo ważnym jest badanie jej ciężaru gatunkowego. Kredy o wysokim ciężarze gatunkowym nie nadają się do wyrobu past do zębów, ponieważ bardzo łatwo wypadają z zawiesiny i z czasem zbijają się w twarde grudki, które czynią pastę nieużyteczną. Kredy takiej do otrzymania pasty do zębów, trzeba użyć aż 60% całej objętości pasty, aby uzyskać dobrą zawiesinę. Tylko kreda o niskim ciężarze gatunkowym jest dobra do wyrobu past do zębów, wystarcza jej bowiem 40% całej objętości pasty, aby otrzymać wymaganą zawiesinę, przy tym nie zbija się w grudki, nawet po długim okresie czasu.

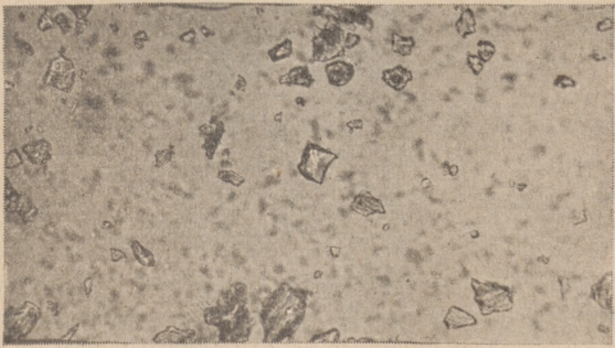
Zbierając zatym wyniki higienicznej wartości węglanu wapnia i jego postaci rodzimych możemy zestawić następującą tabelę:

Nazwa środka:	Twardość:	Wartość higieniczna:
I. Węglan wapnia chem. czysty	3	nadaje się do wyrobu środków do czyszczenia zębów.
II. Rodzime postacie węglanu wapnia:		
a) kreda	3	o niskim ciężarze gatunkowym wskazana, jeżeli nie zawiera domieszek mineralnych szkodliwych dla szkliwa zębów ludzkich. Mimo niskiego ciężaru gatunkowego przeciwwskazana, jeżeli zawiera domieszki mineralne szkodliwe jak pumeks i większe ilości trzeciorzędowego fosforanu wapnia.
b) kości mątwy (ossa sepiae)	3	składa się prawie tylko z samego węglanu wapnia, dlatego nadaje się do wyrobu środków do czyszczenia zębów.
c) marmur biały	3	składa się prawie tylko z samego węglanu wapnia, przeto nadaje się do wyrobu środków do czyszczenia zębów.
d) koral i skorupy ostryg		nie nadają się, ponieważ zawierają domieszki mineralne, twardsze od szkliwa.

Do mechanicznego czyszczenia zębów nadaje się również korzeń fiołkowy (rhizoma iridis). Składa się on z roztartych korzeni irysu, zawiera ziarenka skrobii i nieliczne kryształki szczawianu wapnia. Nie

jest szkodliwy dla szkliwa zębów ludzkich. Obecnie tylko nieliczne pasty do czyszczenia zębów zawierają go.

Z innych środków, które mogłyby mechanicznie usuwać zanieczyszczenia z zębów, należy wymienić węgiel zwierzęcy i drzewny. Oba te ciała wprawdzie dość dobrze czyszczą zęby, ale użycie ich jest ograniczone, ponieważ tatuują dziąsła na czarno.



Zdjęcie mikroskopowe pumeksu.



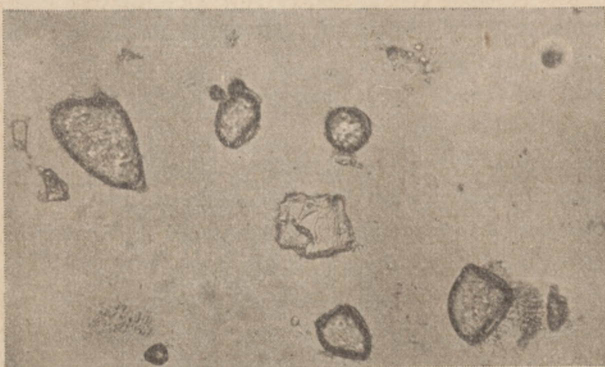
Zdjęcie mikroskopowe talku.

Do grupy środków mechanicznie czyszczących zęby należy jeszcze zaliczyć mydło. Jest ono zawarte w większości past i proszków do zębów, pomijając mydełka do czyszczenia zębów. Mydło użyte do tego celu powinno być obojętne. Są stawiane wymagania, aby rozmaite środki do czyszczenia zębów nie zawierały go więcej jak 3%, z tego powodu, że w jamie ustnej ulega ono hydrolizie, a powstające wtedy

wolne kwasy tłuszczowe ulegają zjełczeniu. Zarzut ten nie jest w zupełności słuszny, ponieważ po skończonym czyszczeniu zębów płucze się jamę ustną, do usunięcia resztek środka do czyszczenia zębów, wskutek czego także i wolne kwasy tłuszczowe zostają usunięte.

Przeciwwskazane w higienie jamy ustnej jest tylko mydło alkaliczne, ponieważ wolne zasady, wodorotlenek sodu lub potasu, mogą rzeczywiście uszkadzać błonę śluzową jamy ustnej zwłaszcza dziąsła.

Działania mydła nie można porównać z działaniem innych środków mechanicznie usuwających zanieczyszczenia z zębów. Jest ono bowiem tylko czynnikiem zwiększającym skuteczność rozmaitych środków do czyszczenia zębów. Działanie jego polega na zmydleniu brudu usuniętego z powierzchni zębów, przy pomocy środków poprzednich.



Zdjęcie mikroskopowe glinokrzemianów.

Tak przedstawiają się środki, służące do mechanicznego usuwania zanieczyszczeń z zębów. Zdolność ich ścierania kamienia zębowego jest ograniczona, ponieważ nie mogą być twardsze od szkliwa zębów ludzkich. Nie można im jednak odmówić wartości w higienie jamy ustnej, ponieważ usuwają zanieczyszczenia z zębów i przeciwdziałają tworzeniu się kamienia zębowego a w wypadkach, w których kamień jest kruchy mogą go usunąć.

Środki chemicznie usuwające kamień zębowy. Zależnie od działania możemy je podzielić na rozpuszczające część białkową i rozpuszczające części mineralne kamienia zębowego.

Związki chemiczne rozpuszczające część białkową kamienia zębowego:

a) pepsyna;

b) trypsyna.

Oba te zaczyny, jak wiadomo są czynne tylko w pewnych określonych stężeniach jonów wodorowych. Pepsyna jest czynna tylko przy oddziaływaniu kwaśnym a trypsyna w roztworach zasadowych. Zarówno roztwory kwaśne jak i zasadowe nie nadają się do higieny zębów, ponieważ działają na nie szkodliwie. Obojętne roztwory, które są nieszkodliwe dla zębów, nie nadają się znowu z tego powodu, że w nich oba zaczyny są nieczynne.

Związki chemicznie rozpuszczające część mineralną kamienia zębowego.

Sole wapniowe, wchodzące w skład kamienia zębowego są bardzo trudno rozpuszczalne w wodzie. Według tabeli, zawartej w podręczniku Landolta rozpuszczalność ich przedstawia się następująco:

w 100 ccm wody destylowanej ogrzanej do 30°C rozpuszcza się:

5.2 mg węglanu wapnia;

13.1 mg trzeciorzędowego fosforanu wapnia;

209.5 mg siarczanu wapnia;

230.0 mg drugorzędowego fosforanu wapnia;

1800.0 mg pierwszorzędowego fosforanu wapnia.

Obie sole wapniowe, zawarte w kamieniu zębowym, znajdują się również w szkliwie zębów, obok fluorku wapnia. Z tego powodu przy stosowaniu rozmaitych środków, które na drodze chemicznej mają rozpuszczać te sole, należy liczyć się z tym, aby nie uszkadzały zarazem szkliwa. Kierując się tą wskazówką, nie można stosować żadnych kwasów nieorganicznych, nawet rozcieńczonych, z kwasów organicznych tylko bardzo słabe jak np. kwas cytrynowy.

Celem rozmaitych środków chemicznie usuwających kamień zębowy powinno być zwiększenie rozpuszczalności tych słabo rozpuszczalnych soli wapniowych w wodzie.

Trzeciorzędowy fosforan wapnia rozpuszcza się bez reszty w stężonych kwasach nieorganicznych jak kwas solny, siarkowy i azotowy.

Ta jego właściwość została wykorzystana przy fabrykacji superfosfatu z fosfatydów lub mączki kostnej. Zarówno fosfatydy jak i mączka kostna składają się w głównej mierze z trzeciorzędowego fosforanu wapnia. Sól ta jednak z powodu nierozpuszczalności w wodzie nie może służyć jako odżywka dla roślin. Dopiero pod wpływem nieorganicznych kwasów stężonych zamienia się w fosforany wapnia w wodzie łatwiej lub łatwo rozpuszczalne. W fabrykacji tego rodzaju nawozów sztucznych, fosforowych, do rozpuszczania używa się stężonego kwasu siarkowego.

Pod wpływem stężonego kwasu siarkowego przychodzi do następujących reakcyj chemicznych:

$Ca_3(PO_4)_2 + 2H_2SO_4 + 5H_2O = CaH_4(PO_4)_2 + H_2O + 2CaSO_4$

Z trzeciorzędowego fosforanu wapnia pod wpływem tego kwasu powstaje pierwszorzędowy fosforan wapnia i siarczan wapnia.

W przebiegu tej reakcji powstaje także kwas fosforowy, który również reaguje z trzeciorzędowym fosforanem wapnia.

$Ca_3(PO_4)_2 + 3H_2SO_4 + 5H_2O = 3H_3PO_4 + 3(CaSO_4)2H_2O)$

$Ca_3(PO_4)_2 \quad 4H_3PO_4 + 3H_2O = 3CaH_4(PO_4)_2.2H_2O$

W przebiegu tej reakcji powstaje znowu pierwszorzędowy fosforan wapnia.

Jeśli ilość kwasu siarkowego wprowadzana do reakcji jest za mała, wtedy nie powstaje pierwszorzędowy fosforan wapnia lecz drugorzędowy fosforan wapnia, wprawdzie średnio w wodzie rozpuszczalny, ale dobrze rozpuszczający się w słabych kwasach organicznych np. w słabym kwasie cytrynowym.

Rzecz oczywista, że przy usuwaniu kamienia zębowego na drodze chemicznej nie można pomyśleć nawet o bardzo silnie rozcieńczonych kwasach nieorganicznych. Można jednak z powodzeniem polecić do codziennej higieny jamy ustnej niektóre sole siarczanowe, mianowicie siarczan sodu chemicznie czysty lub w postaciach rodzimych jak sól karlsbadzka i morszyńska.

W pastach do czyszczenia zębów sole takie mogą się znajdować nawet w dość dużym stężeniu, ponieważ są dobrze rozpuszczalne w wodzie. Rzecz oczywista, że pod wpływem siarczanu sodu kamień zębowy nie może szybko rozpuścić się, ale w każdym razie sól zwiększa rozpuszczalność jego składników mineralnych.

Odnosi się to w równym stopniu do trzeciorzędowego fosforanu wapnia jak i do węglanu wapnia.

Orientacyjne doświadczenia wykonane przezemnie nad rozpuszczaniem się obu tych soli w 20% roztworze chemicznie czystego siarczanu sodu dały następujące wyniki:

w 100 ccm siarczanu sodu 4.2 mg Ca z $Ca_3(PO_4)_2$

w 100 ccm siarczanu sodu 1.3 mg Ca z $Ca.CO_3$.

W wodzie destylowanej, pozbawionej przez gotowanie dwutlenku węgla rozpuszczalność obu soli jest znacznie mniejsza, np. trzeciorzędowy fosforan wapnia rozpuszcza się około 2½ krotnie słabiej, ilość wapnia na 100 ccm wody destylowanej wypada 1.75 mg Ca.

Jak widzimy siarczan sodu posiada zdolność rozpuszczania trze-

ciorzędowego fosforanu wapnia i węglanu wapnia. Ta zwiększona rozpuszczalność musi polegać na przemianie trzeciorzędowego fosforanu wapnia w fosforany wapnia łatwiej w wodzie rozpuszczalne, więc drugorzędowy a może w części i w pierwszorzędowy fosforan wapnia.

Także i rodzime sole siarczanu sodu, jak sól morszyńska i karlsbadzka, dzięki zawartości siarczanu sodu, zwiększają rozpuszczalność mineralnych składników kamienia zębowego.

Siarczan sodu, poraz pierwszy został wprowadzony do fabrykacji środków do czyszczenia zębów w postaci soli karlsbadzkiej. Stwierdzono bowiem u ludzi przebywających na kuracji zdrojowej w Karlsbadzie, że kamień zębowy u nich kruszeje i daje się łatwiej usunąć. W jaki sposób sól ta oddziaływa na kamień zębowy, zdania są podzielone. Herrenknecht przypuszcza, że sól karlsbadzka nie rozpuszcza kamienia zębowego lecz rozmiękcza go. Na podstawie jednak przytoczonych poprzednio reakcyj chemicznych można przyjąć, że sól ta obok rozmiękczania najprawdopodobniej na kamień oddziaływuje także chemicznie, dzięki zawartemu w niej siarczanowi sodu, według reakcyj zbliżonych do reakcyj wywiązujących się między trzeciorzędowym fosforanem wapnia a stężonym kwasem siarkowym.

Pod wpływem tej soli również węglan wapnia zawarty w kamieniu zębowym łatwiej rozpuszcza się, prawdopodobnie przez częściową przemianę w kwaśny węglan wapnia.

Z tych powodów siarczan sodu, wprowadzono do fabrykacji past do zębów.

Sól morszyńska jest prawie czystym siarczanem sodu z małą domieszką soli magnezowych. Z tego powodu działanie jej na składniki mineralne kamienia zębowego jest takie same jak czystego siarczanu sodu.

Orientacyjne doświadczenia wykonane nad rozpuszczalnością trzeciorzędowego fosforanu wapnia i węglanu wapnia w 20% roztworze tej soli dały wyniki identyczne niemal z wynikami otrzymanymi przy chemicznie czystym siarczanie sodu.

Sól ta dotychczas nie znalazła zastosowania w fabrykacji środków do czyszczenia zębów, ale ze względu na dobre rozpuszczanie mineralnych składników kamienia zębowego, powinna w krótkim czasie zająć miejsce soli innych, sprowadzanych z zagranicy a stosowanych obecnie w pastach do zębów, wyrabianych w kraju.

Zdolność rozpuszczania soli wapniowych zawartych w kamieniu zębowym przez rozmaite preparaty siarczanu sodu, sól morszyńską itp.

jest zależna nietylko od stężenia soli ale także od stężenia jonów wodorowych. W doświadczeniach orientacyjnych stwierdziłem, że dla siarczanu sodu można otrzymać różne cyfry rozpuszczalności soli wapniowych. Jak się okazało przyczyną tego było różne stężenie jonów wodorowych jego preparatów. Szczególnie stare preparaty nasiąkłe wodą z powietrza lepiej rozpuszczały te sole wapniowe od preparatów świeżych. Także preparaty siarczanu sodu dla celów technicznych okazały się lepszym rozpuszczalnikiem od preparatów chemicznie czystych. We wszystkich przypadkach przyczyną lepszej ropuszczalności soli wapniowych okazała się ich większa kwasota.

Sól kuchenna jest najstarszym środkiem stosowanym w higienie jamy ustnej. Przekonałem się, że również ona zwiększa rozpuszczalność soli wapniowych kamienia zębowego.

Na podstawie praktyki raczej, aniżeli ścisłego doświadczenia przypisuje się soli sodowej kwasu bądźwinowego działania lityczne na kamień zębowy. Teoretycznie jest bardzo trudno uprzytomnić sobie na czym to jej działanie lityczne miałoby polegać.

Rawitzer zastosował w pastach do zębów kwas cytrynowy w celu łatwiejszego rozpuszczania kamienia zębowego. Kwas ten znajduje się w paście obok chlorku sodu i siarczanu sodu. Sam kwas cytrynowy jako czynnik rozpuszczający kamień zębowy ma znikome znaczenie. Jest on słabym kwasem organicznym i nie działa na trzeciorzędowy fosforan wapnia. Jako czynnik pomocniczy odgrywa w rozpuszczaniu kamienia zębowego tę rolę, że dobrze rozpuszcza się w nim drugorzędowy fosforan wapnia, który może powstać przez zadziałanie siarczanu sodu na trzeciorzędowy fosforan wapnia.

Kwas węglowy in statu nascendi polecany jest jako środek silnie rozpuszczający kamień zębowy. Zawarty jest on w t. zw. pastach remineralizacyjnych.

Andresen, który podał skład takiej pasty, wychodzi z założenia, że dwutlenek węgla powstający w jamie ustnej in statu nascendi ma rozpuszczać wapno zawarte w paście, które się osadza w odwapnionym szkliwie. Jako dalsze działanie dwutlenku węgla podaje zdolność rozpuszczania kamienia zębowego.

Herrenknecht podkreśla jednak, że słaby kwas jak węglowy rozpuszcza także wapno zawarte w szkliwie i dlatego wszelkie środki, które ten kwas zawierają, przy codziennym stosowaniu niszczą szkliwo.

Naeslund jest zdania, że stężenie kwasu węglowego przy sto-

sowaniu tych past jest zbyt słabe, a czas działania za krótki, aby kwas węglowy wydzielający się z nich in statu nascendi, mógł usunąć kamień zębowy.

Wpierw zajmiemy się wytłumaczeniem dlaczego kwas węglowy rozpuszcza węglan wapnia.

Jako odpowiedź możemy przytoczyć rozpuszczanie się w wodzie węglanu wapnia, zawartego w ziemi. Woda atmosferyczna jest silnie nasycona dwutlenkiem węgla, który dzięki wysokiemu ciśnieniu, zamienia węglan wapnia na dwuwęglan wapnia. W ten sposób moglibyśmy tłumaczyć sobie rozpuszczanie się soli wapniowych kamienia zębowego i wapnia zawartego w paście, ale ta reakcja zarazem może tyczyć się węglanu wapnia zawartego w szkliwie.

W szkliwie zawarte są następujące sole wapniowe: węglan wapnia, trzeciorzędowy fosforan wapnia i fluorek wapnia. Z tych soli jedynie węglan wapnia mógłby wchodzić w reakcję chemiczną z dwutlenkiem węgla. Na podstawie charakterystycznych cech dwuwęglanu wapnia moglibyśmy również tłumaczyć sobie proces remineralizacji. Dwuwęglan wapnia bowiem bardzo łatwo wypada z roztworu i osadza się na powierzchniach szorstkich w danym wypadku na szkliwie odwapnionym, ale tym samym może się osadzać na kamieniu zębowym i tworzyć nowe jego złogi.

Należałoby jeszcze zastanowić się, czy szkliwo zyskałoby faktycznie na takiej remineralizacji. Wiemy przecież, że składa się ono nietylko z węglanu wapnia, który słusznie możemy uważać za sól najłatwiej podatną na destruktywne działanie kwasów, ale także z soli fosforanowych i fluorku wapnia. Zatym remineralizacja mogłaby dostarczyć szkliwu jedynie węglanu wapnia.

Przy t j sposobności nasuwa się jeszcze inne pytanie, czy uzyskany w ten sposób węglan wapnia mógłby głęboko dyfundować w odwapnione szkliwo, czy też gromadziłby się tylko na powierzchni. Można przypuszczać, że tylko powierzchnia a co najwyżej warstwy powierzchowne uzyskałyby tym sposobem sole wapniowe. Tego rodzaju zaś odłożenie się węglanu wapnia nie posiada istotnego znaczenia, ponieważ lada odziaływanie kwaśne może spowodować utratę tych powierzchownych warstw.

W każdym razie ta remineralizacja nie może dostarczyć odwapnionemu szkliwu, soli wapniowych opornych na działanie kwasów, nawet takich, jakie znajdują się w pokarmach lub powstających pod wpływem fermentacji bakteryjnej to jest ani trzeciorzędowego fosforanu wapnia ani fluorku wapnia. (C. d. n.).

Dr. LANDES-LEINEROWA LUDWIKA LWÓW

TERAPIA KRÓTKOFALOWA I JEJ STOSOWANIE W STOMATOLOGII

Referat VII. 3.

Thérapie au moyen d'ondes courtes et son application dans la stomatologie.

Kurzwellentherapie und deren Anwendung in der Stomatologie.

Doc. pol. 26,40 Doc. int. 615.832.4:616.31

Leczenie krótkimi względnie tak zwanymi ultrakrótkimi falami polega na stosowaniu prądów zmiennych o wysokiej częstotliwości. Prądy takie o niższej częstotliwości są już dawno stosowane w medycynie w postaci arsonvalizacji i diatermii, która pracuje prądami zmiennymi o około 1,000.000 drgnień na sek., podczas gdy do terapii krótkofalowej używamy prądów o częstotliwości od 10—100,000.000 i powyżej drgnień na sek.

Ponieważ prędkość światła jest iloczynem ilości drgnień na sek. czyli iloczynem częstotliwości i długości fali, obojętnym jest, czy posługujemy się pojęciem długości fali czy też frekwencji. Pojęcia te bowiem pozostają do siebie w stosunku odwrotnie proporcjonalnym, a zatem — im krótsza fala, tym większa frekwencja i odwrotnie.

W praktyce częściej mamy do czynienia z pojęciem długości fali.

I tak w diatermii mamy fale od 600—200 m; są to fale długie w odróżnieniu od fal krótkich, dla których przyjmujemy rozpiętość od 100—15 m. Fale zaś o długości poniżej 15 m. nazywamy falami ultrakrótkimi.

Sam fakt, że zajęto się w ostatnich latach intenzywniej badaniem tych fal oraz możliwością stosowania ich w lecznictwie, staje się bardziej zrozumiałym, gdy bliżej przypatrzymy spektrum elektromagnetycznemu. W elektromagnetycznym spektrum mamy fale o długości od 100.000 m. do 0,01 Angströma, czyli jednej miliardowej części jednego milimetra. Najkrótszą długość fali posiadają promienie radu, długość ta wynosi właśnie 0,01. Angströma po nich następują w kolejnym porządku promienie Roentgena, graniczne, ultrafioletowe, ultraczerwone, i cieplne, te ostatnie promienie mają długość od 1 mm do 0.001 mm. Wszystkie powyżej wymienione promienie mają zastosowanie w lecznictwie.

W dalszej części spektrum następują fale ultrakrótkie, krótkie i diatermiczne, które również stosowane były w medycynie.

Natomiast dla ultrakrótkich i krótkich fal nie miano zastosowania w lecznictwie, mimo że ich domniemana wartość lecznicza nie była wątpliwą z punktu widzenia czysto logicznego. Brakowało tylko doświadczenia w tym kierunku i odpowiedniej aparatury.

Dopiero z postępem techniki możliwym stało się bliższe zbadanie charakterystyki tego rodzaju promieniowania a przez konstrukcję odpowiednich aparatów szersze stosowanie tych prądów w lecznictwie.

Jeżeli dzisiaj w medycynie mówimy podobnie jak w radiotechnice o falach rozmaitej długości, musimy przytym pamiętać, że nie mamy tutaj do czynienia z elektromagnetycznymi drgnieniami wysyłanymi przez antenę, co jest zasadą radiotechniki, lecz mamy tu do czynienia z samym prądem o wysokiej częstotliwości, który działa na chorą część organizmu.

Mówiąc o naświetlaniach falami ultrakrótkimi, powinniśmy pamiętać, że de facto mamy do czynienia nie z naświetlaniem, lecz z innym procesem w tej formie, że działamy na chory narząd prądem o wysokiej częstotliwości.

Przed omówieniem jednak stosowania tych prądów w lecznictwie, musimy poświęcić kilka słów charakterystyce tej energii promiennej, a w szczególności omówić różnicę zachodzącą między tymi prądami a prądami najbardziej do nich zbliżonymi, to jest diatermicznymi.

Jak wiadomo, to cechą prądów d i a t e r m i c z n y c h pod względem ich fizjologicznego działania jest w odróżnieniu od prądów galwanicznych lub faradycznych, brak oddziaływania pobudzającego na narwy, zaś pod względem fizykalnym podlegają te prądy prawom Ohma i Kirchhoffa, czyli innymi słowy: prądy te poruszają się drogą dobrych przewodników elektrycznych, natomiast omijają ciała stanowiące złe przewodniki.

Jeżeli zatym wystawimy na działanie prądów diatermicznych pewną część ciała o zróżnicowanej strukturze i rozmaitej zdolności przewodnictwa elektrycznego, naprzykład rękę lub nogę, to prąd ten po przeniknięciu przez skórę porusza się dalej drogą dobrych przewodników, a więc drogą mięśni, omija natomiast kość, która jest złym przewodnikiem elektryczności.

Inaczej rzecz się przedstawia z prądami k r ó t k o f a l o w y m i. Pojęcia oporu, dobrego lub złego przewodnictwa dla tych prądów nie istnieją. Prądy te zatym nie podlegają prawom Ohma i przechodzą równie dobrze przez metale, jak i szkło, gumę, a nawet powietrze.

Dla tych prądów niema przeszkód, przepływają równie dobrze

przez mięśnie jak i kość i docierają do ognisk w głębi ciała położonych, wywołując działanie termiczne i biologiczne w głębi ciała, co przy diatermii jest nieosiągalne.

Oczywiście proces ten nie odbywa się bez strat części energii elektrycznej, zamieniającej się przytym w ciepło. Ilość tego ciepła zależną jest od stopnia przewodnictwa i spółczynnika dielektrycznego danej tkanki względnie danego ciała.

Z tego też powodu tkanki o rozmaitej sile przewodnictwa i rozmaitym współczynniku dielektrycznym w różnym stopniu ogrzewają się pod wpływem działania energii krótkofalowej. To samo odnosi się także do emulsii albo rozczynu koloidalnego. Zawiesina o innym współczynniku dielektrycznym i innym stopniu przewodnictwa inaczej się ogrzewa jak sam rozczyn.

Ten fakt równomiernego przenikania prądów o wysokiej częstotliwości przez rozmaite ciała wykorzystano także na innym polu, mianowicie stworzono t. zw. pole k o n d e n z a t o r o w e. — Jeżeli w obwód prądu stałego włączymy kondenzator, to tworzy on dla tego prądu przeszkodę, prąd przestaje krążyć w tym obwodzie. Natomiast włączony kondenzator w obwód prądu zmiennego o wysokiej częstotliwości nie przedstawia przeszkody, prąd dalej płynie. Powstaje wprawdzie w tym wypadku opór t. zw. pojemnościowy, który jednak jest minimalny i jest tem mniejszy, im większa pojemność kondenzatora i im większa frekwencja samego prądu.

Na tej też podstawie można krótkofalową terapię przeprowadzić w tak zw. polu kondenzatorowym, bez bezpośredniego przymocowania elektrod do ciała, co jest nieodzownym warunkiem dla diatermii.

Elektrody nie można izolować gumą, albo jak się ostatnio prawie wszędzie praktykuje, zaopatrzyć w osłony szklane, odizolowane warstwą powietrza. Ma to tę zaletę, że można z góry wykluczyć ewent. poparzenie powierzchniowe skóry, zdarzające się nieraz przy diatermii, umożliwia chłodzenie i odciążenie skóry oraz oddziaływanie tej energii na otwarte rany bez dotknięcia się takowych.

Tego rodzaju elektrody możemy zbliżyć lub oddalić od ciała, regulując w ten sposób dopływ energii, przez co osiągamy równomierne ogrzewanie tych ognisk chorobowych, które położone są w głębi organizmu.

Dalszym czynnikiem, odgrywającym przy tej terapii wielką rolę, jest długość fali. Doświadczenia wykazały, że jedno i to samo ciało wystawione w tych samych warunkach na działanie energii krótkofa-

lowej o rozmaitej długości fali reaguje rozmaicie. Dla każdej tkanki, względnie każdej komórki, istnieje optymalna fala, wywołująca najlepsze oddziaływanie.

Wszystkie inne fale tak powyżej jak i poniżej tej granicy nie wywołują tego samego skutku, stąd też prosty wniosek, że należy do każdego rodzaju schorzenia stosować fale odpowiedniej długości, co przy diatermii jest wykluczone.

Wyraźną różnicę między tą terapią a diatermią możemy także stwierdzić w dziedzinie oddziaływań fizjologicznych. W pierwszym rzędzie należy podnieść działanie znieczulające, nie dające się osiągnąć żadną inną metodą.

Działanie to nie jest jeszcze całkiem wytłumaczone, mimo że niektórzy badacze starają się fakt ten wyjaśnić jako efekt czysto cieplny. Także przekrwienie, wywołane tym sposobem leczenia, jest atypowe, albowiem nie można go usunąć adrenaliną. Do dalszych objawów zaliczyć należy wzmożenie fagocytony oraz bakteriobójcze działanie stwierdzone przez cały szereg badaczy.

W końcu należy podkreślić fakt, że podczas gdy przy ostrych sprawach zapalnych stosowanie diatermii jest wprost przeciwwskazane, to te sprawy nadają się w pierwszym rzędzie do leczenia energią krótkofalową.

Do terapii krótkofalowej używane są aparaty iskiernikowe i lampowe. Aparaty iskiernikowe są mało używane, ponieważ dostarczają mieszaninę fal o rozmaitej długości, co utrudnia przeprowadzenie wszystkich badań co do wartości leczniczej poszczególnych fal, o ściśle określonej długości i zmusza do naświetlania wszystkich schorzeń w ten sam sposób. Dlatego też starano się skonstruować aparat bez powyższych wad. Są to aparaty lampowe, umożliwiające uzyskanie fal o ścisłej długości.

Dziś mamy trzy typy aparatów lampowych.

Do I. należą aparaty o średniej mocy 200 do 300 Wattów w obwodzie pacienta o długości fali 6 metrów względnie 6½ metrów.

Do II. kategorii należą aparaty o mocy do 750 Wattów w obwodzie pacienta, o długości fali 3—8 i 15 metrów.

Do III. typu należą aparaty o jeszcze większej mocy, stosowane przeważnie przy elektropyreksji.

Wszystkie aparaty dzisiejsze dostosowane są do terapii w polu kondenzatorowym.

Jeżeli chodzi o wskazania, to w pierwszym rzędzie nadają się

wszystkie ostre sprawy zapalne. Dla tych schorzeń nadają się najlepiej fale w długości od 4—8 metrów, przy czym ułożenie elektrod zależy od położenia ogniska chorobowego. Przy schorzeniach powierzchownych zbliżamy elektrody do miejsca chorego, natomiast oddalamy się elektrodami, gdy ognisko chorobowe znajduje się w głębi organizmu.

W schorzeniach powierzchownych jednostronnych zbliżamy się do miejsca chorego aktywną elektrodą (mniejszą) i oddalamy się drugą większą, albo stosujemy metodę jednobiegunową.

Co się tyczy wyboru długości fali, to przy schorzeniach głowy, nerwowych, sercowych i naczyniowych unika się fal krótkich i stosuje się przeważnie fale 12—15 metrowe. Przy promienicy, ziarniniakach zębowych, ropowicach, zapaleniach jam bocznych nosa i podobnych schorzeniach stosuje się fale o długości 4—6 metrów. Ta sama długość fali ma pierwszeństwo przy ropniakach (empyema) i podobnych ropnych sprawach zapalnych.

W zakresie stomatologii wskazaniem do leczenia terapią krótkofalową są wszystkie ostre schorzenia zapalne, ponieważ ustępują ostre objawy zapalne pod postacią obrzęków, zaczerwienienia i bólu. Natomiast przewlekłe schorzenia zapalne, jakiemi są ziarniniaki i parodontoza mogą jedynie być leczone terapią krótkofalową łącznie z leczeniem specjalistycznym.

Stosując w tych schorzeniach jedynie terapię krótkofalową, możemy osiągnąć chwilowe ustąpienie objawów zapalnych, stałego wyleczenia jednak nie osiągamy.

Pod zupełnym wyleczeniem schorzenia rozumiemy w medycynie restitutio ad integrum, a w danym wypadku objawem schorzenia bardzo charakterystycznym jest odwapnienie tkanki kostnej, okołoszczytowe przy ziarniniakach lub wyrostka zębodołowego przy parodontozie, o zupełnym wyleczeniu możemy mówić wtedy, jeżeli nastąpi zupełna regeneracja tkanki kostnej w miejscu poprzedniego odwapnienia. Tego rodzaju wyleczenie ziarniniaka można osiągnąć przez długotrwałe leczenie stomatologiczne ew. można przyspieszyć proces leczenia przez stosowanie terapii roentgenowskiej lub krótkofalowej.

Przez wyłączne leczenie wyżej wymienionych schorzeń terapią krótkofalową możemy więc osiągnąć jedynie czasową poprawę, ogniska odwapnienia w kości widoczne na zdjęciach roentg. nie znikają, utrzymują się nadal niezmienione, ponieważ przez wyleczone przewody korzeniowe napływają coraz to nowe bakterie i są one źródłem dla reinfekcji.

Na zdjęciach roentg. widoczne są zmiany okołoszczytowe i parodontalne, które mimo 20 a nawet 40 posiedzeń 20 minutowych krótkofalowych pozostały niezmienione, regeneracja tkanki nie nastąpiła.

Dalszym wskazaniem do leczenia terapią krótkofalową są neuralgie, ropne zapalenia jam bocznych nosa, przy których osiągamy niekiedy bardzo dobre wyniki.

Przeciwwskazane jest stosowanie terapii krótkofalowej w wypadkach ciężkiej cukrzycy, przeważnie przy gruźlicy i panaricjach.

Co się tyczy dawkowania, to sprawa ta znajduje się jeszcze w okresie doświadczalnym. Dziś dawkuje się czasowo. Niema jeszcze niestety jednostki fizykalnej podobnej do jednostki stosowanej w radiologii, co stanowi ujemną stronę tego systemu leczenia.

Pracując bowiem aparatami o rozmaitej mocy, możemy doprowadzić do organizmu mniej lub więcej energii, co dla samego leczenia nie może być obojętne. Nie mając zaś wypróbowanej jednostki fizykalnej, trudno przeprowadzić ścisłe dawkowanie. Z tego też powodu możliwe jest niekiedy także przedawkowanie, co oczywiście wpływa ujemnie na stan chorego. Dlatego też staramy się dzisiaj z początku operować małymi dawkami 5—10 minut, by nie wywołać zbyt wielkiej reakcji w organizmie. Dawka ta zostaje z biegiem czasu powiększoną, nie przekracza jednak 20—25 minut. Przy poliarthritis, i sprawach ginekologicznych stosuje się też dawki 30—40 minutowe.

Leczenie odbywa się codziennie.

W końcu należy jeszcze podkreślić, że warunkiem uzyskania dobrych wyników jest moc aparatu. Słabymi aparatami o mocy poniżej 200 Wattów w obwodzie pacjenta nie wiele można osiągnąć z wyjątkiem, gdy stosujemy tak zwaną słabą technikę, stosowaną ostatnio przy schorzeniach nerwowych przez Weissenbergera.

Zusammenfassung. Nach einer physikalisch-biologisch-physiologischen Einleitung kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Es besteht ein grosser Unterschied zwischen der Wirkung der Diathermie und der Kurzwellentherapie. Bei letzterer tritt eine rasche anästhesierende Wirkung ein, hervorgerufen durch eine tiefgehende Hyperaemie vom spezifischen Charakter, die einige Stunden dauert. Es kommt zur einer Vergrösserung der Phagozytose und bakteriziden Wirkung, welche den Ablauf der Entzündung verkürzt. Daher ist die Kurzwellentherapie besonders für entzündliche Prozesse indiziert. Dieselbe Indikation gilt auch für die Stomatologie. Oedeme und Schmerzen sistieren bald, es kommt zum Abfall der Temperatur. Vom pathologisch-anatomischen Standpunkte zeigen entzündliche Prozesse der Wurzelhaut, Granulome und entzündlich veränderdes Parodontium keine Aenderung im Sinne einer Ausheilung.

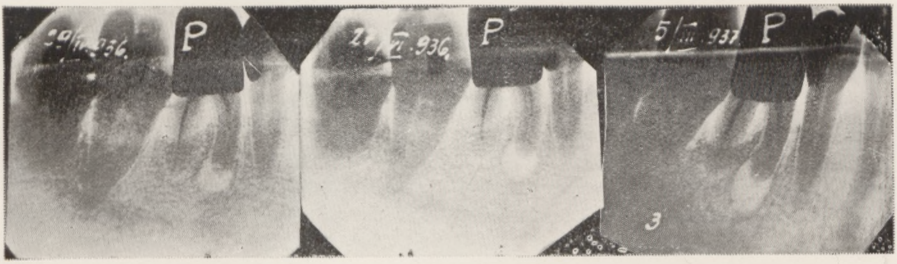
Die Kurzwellentherapie ist ebenfalls indiziert bei Kieferhöhlenempyem und Neuralgien. Die Anzahl der therapeutischen Sitzungen hängt von der Art der Erkrankungen ab.

Ryc. 1. Przypadek I.

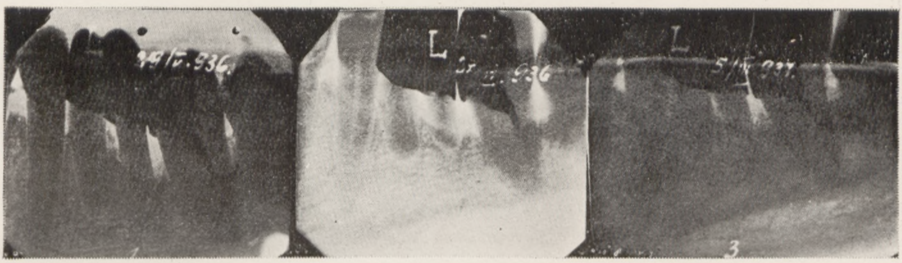


Przed leczeniem. Po ukończonym leczeniu. 1 rok po ukończonym leczeniu.

Ryc. 2. Przypadek II.



Ryc. 3. Przypadek III.



Ryc. 4. Przypadek IV.



BLIKLE STANISŁAW WARSZAWA
lekarz dentysta

WYLECZENIE ZACHOWAWCZE ŚRODKAMI HOMEOPATYCZNYMI PRZEWLEKŁEGO ZAPALENIA MIAZGI POCHODZENIA ZAKAŹNEGO.

Guérison de la pulpite infectieuse chronique après un traitement homéopathique.

Ausheilung von Pulpitis infectiosa chronica mit homäopathischen Mitteln.

Doc. pol. 51.21:39 Doc. ini. 616.314.18—08:615.531

Miazga uchodzi za organ zbudowany tak delikatnie, że jej zapalenie zakaźne nie daje się wyleczyć z tego głównie powodu, iż wraz ze zniszczeniem drobnoustrojów ulega rozpadowi i samo podłoże, w którym się one usadowiły.

Przy leczeniu więc takiego zapalenia miazgi wskazana jest dewitalizacja i zupełne jej wyłuszczenie.

Jednak ten zabieg chirurgiczny nasuwa nam pewne trudności techniczne, a przytym sam przewód korzeniowy może się stać następnie drogą otwartą dla różnych zakażeń ustroju, tak zwanych ogniskowych (dentalsepsis).

To też ostatnimi czasy poczęto dążyć do tego, żeby niedopuszczać do takiej ostateczności, jaką jest dewitalizacja miazgi.

Mając do rozporządzenia bogaty materiał leków homeopatycznych, które działają na tkanki biologicznie, a nie chemicznie, postanowiłem rozpocząć szereg doświadczeń w tym kierunku, jakkolwiek praktyka prywatna wcale się nie nadaje do tego rodzaju prób.

Jeden właśnie ciekawszy przypadek z mej praktyki homeopatycznej chciałbym tu przytoczyć.

Dnia 17 sierpnia 1937 r. minął już rok od czasu, jak zgłosił się do mnie mój stały pacjent p. Kazimierz Ś. lat 32, zdrowej budowy ciała, z prośbą, aby mu pomóc, gdyż od kilku tygodni ma bardzo silne bóle w dwuch zębach górnych siecznych środkowych, a zwłaszcza przy każdej zmianie temperatury.

Przy wywiadzie okazało się, że przed paru tygodniami, będąc gdzieś na prowincji, zauważył, iż zęby przednie posiadają otwory próchnicowe. — W obawie więc, aby się te ubytki nie powiększyły zanim powróci do Warszawy, zwrócił się do miejscowego lekarza dentysty, żeby mu je zabezpieczył od dalszego psucia.

Moje oględziny wykazały, że oba zęby sieczne posiadają na powierzchni dośrodkowej duże już ubytki próchnicowe, które zostały, po uprzednim bardzo głębokim wywierceniu zębiny, wypełnione białą gutaperką, odrazu na jednym posiedzeniu.

Już po tygodniu zjawiła się nienormalna wrażliwość obu zębów na zimno. Początkowo była ona dość słaba, ale każdego dnia następnego stawała się coraz to silniejsza.

Wkrótce jednak lewy siekacz, a następnie i prawy, zaczął tak bardzo silnie reagować na wszelkie zmiany termiczne, że pacjent nie był już w stanie nic jeść i pić ani zimnego ani nawet ciepłego.

W tym czasie powrócił pacjent już do Warszawy i dlatego zdecydował się ostatecznie zasięgnąć mojej porady.

Nie ulegało wątpliwości, że mimo iż w obu zębach miazgi nie były jeszcze otwarte, jednak zostały one zakażone, co spowodowało ich długotrwały stan zapalny z nieznośnymi bólami.

Chcąc odrazu opanować bóle oraz oszczędzić pacjentowi kłopotu i kosztu przy dewitalizacji miazgi, postanowiłem je leczyć środkami homeopatycznymi.— W tym celu zapisałem do wewnątrz Belladonnę 6/ct.j w szóstym setnym rozcieńczeniu, polecając przyjmować środek ten co godzinę po 5 kropli na łyżeczkę wody. — Do obu zaś ubytków w zębach założyłem opatrunki z 10% spirytusem karbolowym.

Nazajutrz rano zjawił się bardzo uradowany pacjent, oświadczając mi, że już po trzykrotnym zażyciu lekarstwa ustała wszelka wrażliwość zębów, tak że mógł on zupełnie dobrze jeść i pić bez żadnego bólu.

Poleciłem jednak zażywać dalej to samo lekarstwo, ale już co 2 godziny, w zębach zaś świeże opatrunki.

Trzeciego dnia uczyniłem to samo, z tą różnicą, że lekarstwo poleciłem zażywać co 3 godziny. — Czwartego dnia kazałem brać Belladonnę tylko trzy razy dziennie, a na piąty dzień odstawić ją zupełnie.

Od tego czasu żadne bóle nie pojawiły się już więcej, mimo iż obie miazgi pozostawały dalej zupełnie żywe, co stwierdzałem podczas przemywania ubytków przy ich wypełnianiu ostatecznym.

W ciągu ubiegłego roku pacjent był u mnie dwa razy i miałem sposobność sprawdzić, że oba zęby są wciąż żywe i służą mu przy żuciu jak najlepiej.

*

Ciekawą jest rzeczą, dlaczego z pośród wielu znanych środków hemeopatycznych, jakie działają kojąco na bóle, wybrałem właśnie Belladonnę?

Było ku temu kilka dość ważnych powodów, a mianowicie:

1) Belladonna przeciwdziała wszelkim zatruciom jadami pochodzenia zwierzęcego, a więc i toksynom wytwarzanym przez drobnoustroje, co w danym wypadku właśnie miało miejsce.

Według bowiem badań dra Harli'ego, poczynionych nad działaniem Belladonny na zdrowy ustrój ludzki, okazało się, że wszystkie jej objawy są wynikiem pobudzania centrów nerwowych, na skutek ich wzmocnionego utleniania

Czyli, że istotne działanie Belladonny na ustrój ludzki sprowadza się do niezmiernie silnego utleniania tkanek.

2) Wedle spostrzeżeń pato-genetycznych, Belladona silnie podnieca wrażliwość nerwów czuciowych i dlatego terapeutycznie jest wskazana przy leczeniu wszelkich bólów. Ta właśnie okoliczność przemawiała za jej wyborem w naszym przypadku, gdyż chciałem szybo uśmierzyć trwające od dawna bóle.

3) Między licznymi objawami pato-genetycznymi Belladonny, znajdujemy jeden, stwierdzony przez dra Hanemana, który nas winien szczególnie zainteresować; u każdego bowiem pacjenta zjawiały się bardzo silne bóle, nawet w zupełnie całych i zdrowych zębach. — Podobny objaw był notowany i przy zatruciach przez Plantago.

To wykazuje nam wyraźnie, że miazga zębowa zostaje specjalnie porażona przez Belladonnę.

Przypuszczenie nasze potwierdzają jeszcze liczne doświadczenia lecznicze, gdyż Belladonna jest zawsze nadzwyczaj skuteczną przy wszelkich stanach zapalnych miazgi zębowej, jak również błony śluzowej dziąseł, gardła, mózgu, oraz skóry.

Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

VII. Zebranie naukowe w r. uniwersyteckim 1937/8, dnia 6. XI. 1937 w Klinice Stomatologicznej U. J. K.

Pokazy kliniczne:

1. (*Przypadek 122*). **Gruźlica dziasła.** Nr. klin. 1034.

Dr. Jankowski przedstawia chorego, lat 41, który podaje, że po usunięciu 74 ukazała się ropa w obrębie tychże zębodołów. Następnie usunięto 5+ przyczym chory zauważył, że z prawego przewodu nosowego wydobywa się ropa. Chory zgłosił się do Kliniki Stom., gdzie stwierdzono wrzód w okolicy 4+ oraz zaczerwienienie i obrzęk błony śluzowej w okolicy 654+. Wrzód o brzegach wałowatych pokryty żółtawą ropą drażący w głąb. Na ucisk bolesny. U chorego pobrano próbny wycinek. Badanie histopatologiczne wykazało gruźlicę. Chorego skierowano do dalszego leczenia do kliniki dermatologicznej.

2. (*Przypadek 123*). **Ropowica policzka prawego od 6+.** Nr. klin. 754.

Dr. Jankowski przedstawia chorego lat 32, który podaje, że 24 września zaczął odczuwać bóle w szczęce górnej prawej. Na drugi dzień wystąpił obrzęk tejże okolicy, który stale się powiększał. Obiawy te, jak chory podaje, wystąpiły podczas leczenia zęba trzonowego szczęki górnej prawej. Lekarz miejscowy stosował kwaśne okłady, nagrzewania i chory otrzymał dwa zastrzyki, (jakie nie umie podać). Ponieważ obiawy chorobowe nie ustąpiły, chory zgłosił się do Kliniki Stom., gdzie stwierdzono na twarzy po stronie prawej obrzęk ciastowaty, obejmujący policzek, na palec od małżowiny usznej do kości skroniowej prawej, oraz powiekę dolną i górną oka prawego. Po wewnętrznej stronie policzka guz w okolicy zębów 76+. Skóra nad obrzękiem silnie zaczerwieniona błyszcząca. Wyczuwa się chełbotanie. 76+ na ucisk bolesne. Błona śluzowa w okolicy tych zębów zaczerwieniona obrzękła, szczękościsk mierny. Zdjęcie rtg. wykazało korzenie 6+ ze zmianami szczytowymi. Temp. 38.5.

Operacja: W uśpieniu chloretylowym nacięto policzek prawy od zewnątrz, oraz w szczycie przedsionka nad 6+, rozszerzono na tępo i połączono dwa nacięcia przy pomocy drenów, kwaśny okład, omnadyna. Badanie bakteriologiczne ropy — grzybków nie wykazało. Stwierdzono pałeczki wrzecionowate, krętki i paciorkowca niehemolizującego. Przez dwa tygodnie stosowano przestrzykiwania rany pooperacyjnej, setonowano, nagrzewano lampą. Chory czuje się dobrze, obrzęk znikł zupełnie. Rany pooperacyjne prawie zagojone.

3. (*Przypadek 124*). **Ropień zimny policzka prawego od 6—.** Nr. klin. 945.

Dr. Jankowski przedstawia chorą, lat 21, która podaje, że obecna choroba datuje się od sierpnia u. r. W tym czasie wystąpił obrzęk policzka prawego, który po zastosowaniu ciepłych okładów ustąpił. Pozostała tylko czerwona plama wielkości 10 złotych, z której wydobywała się ciecz ropna. Chora zgłosiła się 8 u. m. do kliniki, gdzie stwierdzono w okolicy przedniego odcinka żuchwy guz o konsystencji miękkiej wielkości jaja, chełboczący. Skóra nad guzem silnie zaczerwieniona, dokoła guza obrzęk twardy wielkości dłoni męskiej, obejmujący okolicę przedniego odcinka żuchwy, oraz okolicę podszczękową, a sięgający na

palec od kąta żuchwy. Szczękościsk miernego stopnia. W jamie ustnej korzenie zęba 6—, na ucisk bolesne. Zdjęcie rtg. wykazało zmiany szczytowe nad 6— 5—. Dnia 11. X. 1937 w uśpieniu chlor. etylowym usunięto korzenie zębów 6— 5— od zewnątrz wycięto martwiczą skórę na ropniu, wyłyżeczkowano, założono seton, opatrunek. Na drugi dzień po operacji szczękościsk zmalał, chora czuje się dobrze. Codziennie zmienia się opatrunki stosując propidex, nagrzewania lampą i kwaśne okłady.

4. (*Przypadek 125*) **Mięsak szczęki górnej lewej.** Nr. klin. 1003.

Dr. Jankowski przedstawia chorą, lat 20, która podała, że przed 2 miesiącami po usunięciu zęba w szczęce górnej lewej wystąpił obrzęk policzka lewego, oraz krwawienie dziąseł. Po trzech tygodniach zauważyła guz w okolicy +7 +6, który powiększył się do wielkości orzecha włoskiego. Zgłasza się do Kliniki Stom, gdzie stwierdzono obrzęk policzka lewego w okolicy jarzmowej, sięgający do krawędzi szczęki dolnej. Skóra nad obrzękiem nie napięta. Chełbotania nie wyczuwa się. Między +3 do +8 stwierdza się guz wielkości jaja kurzego o konsystencji miękkiej, nieprzesuwalny, o powierzchni nierównej, zabarwieniu różowym. Wycięto skrawek i posłano do badania histopatologicznego gdzie stwierdzono sarcoma. Chora przekazana do operacji.

VIII. Zebranie naukowe z dnia 4. XII. 1937.

5. (*Przypadek 126*). **Osteomyelitis szczęki dolnej po wyleczeniu i phlegmone przestrzeni przyusznicowo-szyjnej lewej.** Nr. klin. 1155.

Dr. Jankowski przedstawia chorego, lat 33, który pozostawał w leczeniu klinicznym przez trzy tygodnie z powodu osteomyelitis szczęki dolnej. Demonstrowany był przebieg gojenia się szczęki po operacji i zarastanie odkrytych w czasie operacji korzeni. Jako komplikacja wytworzyła się ropowica w przestrzeni przyusznicowo-szyjnej, która w uśpieniu N O+O nacięto, założono drenę kwaśny okład. Codziennie przez 10 dni zmieniano opatrunki.

6. (*Przypadek 127*) **Ropowica policzka prawego od 6+ 5+.** Nr. klin. 2068.

Dr. Jankowski przedstawia chorego, lat 24, u którego choroba rozpoczęła się przed 11 dniami lekkimi bólami w szczęce górnej prawej. Po 5 dniach choroby wystąpił obrzęk prawego policzka. Z tym zgłasza się Kliniki Stom., gdzie stwierdzono obrzęk rozlany policzka prawego sięgający od tylnej krawędzi mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, kąta warg do skroni i małżowiny usznej, obejmujący również oprawę oka prawego. Konsystencja obrzęku ciastowata. Znacznie utrudnione otwieranie ust. 6+ 5+ na ucisk bolesne, dziąsło w tej okolicy obrzękłe, zaczerwienione. Wykonane zdjęcie rtg. wykazało zmiany periodontalne nad 6+ 5+.

W uśpieniu N O+O usunięto 6+ 5+ nacięto od strony przedsionka, założono seton. kwaśny okład. Przez kilka dni stosowano przestrzyknięcia i setonowano. Chory czuje się dobrze.

7. (*Przypadek 128*). **Ropowica podszczękowa.** Nr. klin. 2182.

Lekarz Barbara Włodek przedstawia chorego, lat 29, u którego w listopadzie, wśród samoistnych i uciskowych bólów w okolicy —8, wystąpił

obrzęk lewego kąta żuchwy i szczękościsk. Choremu usunięto —8, stan jednak chorego pogorszył się. Z tym chory zgłosił się do Kliniki Stom, gdzie stwierdzono naciek w okolicy kąta żuchwy po stronie lewej. Gruczoły podszczękowe bolesne, powiększóne, szczękościsk na 1 cm. Z zębodołu —8 wydobywała się ropa. Temp. 38.1, stan ogólny bardzo ciężki, zaznaczona wybitna euforia. W uśpieniu N_2 plus O_2 nacięto w okolicy kąta żuchwy, rozszerzona na tępo, założona dren, kwaśny okład. Stan chorego pogorszył się. Temperatura podniosła się do 40.6. Po porozumieniu się z lekarzem chorób wewnętrznych, zaordynowano elektrokolargol 2 razy dziennie dożylnie i digitol 3 razy dziennie po 20 kropel. Stan chorego poprawił się. Temperatura spadła do normy.

8. (*Przypadek 129*). **Torbiel zawiązkowa od zatrzymanego 3— z objawami septycznymi.** Nr. klin. 2232.

L e k a r z B a r b a r a W ł o d e k przedstawia chorą, lat 36, u której przed trzema miesiącami wystąpił stan podgorączkowy, słabe bóle prawej połowy twarzy przy nieznacznym zgrubieniu wyrostka zębodołowego w szczęce dolnej prawej. Stan chorej pogorszył się przed trzema tygodniami, temperatura wzrosła do 40 st., wystąpiły dreszcze, oraz silne bóle głowy. Chora zgłosiła się do Kliniki Stom., gdzie stwierdzono ciężki stan ogólny, w jamie ustnej uwypuklenie wyrostka zębodołowego, okolicy od 6— do 1—, na ucisk bolesne, blaszka kostna nie poddająca się. Równocześnie stwierdzono bolesność na ucisk plus 3 i plus 8. Wykonane zdjęcie rtg. wykazało torbiel zawiązkową, wielkości orzecha amerykańskiego, pochodzącą od zatrzymanego zęba 3—, ułożonego w pobliżu krawędzi żuchwy. W dniu przyjęcia chorej do kliniki stan ogólny był bardzo ciężki, ograniczono się jedynie do usunięcia +3 i +8, które wykazywały zmiany szczytowe. W trzecim dniu pobytu przystąpiono do właściwego zabiegu operacyjnego. W znieczuleniu mandib. obustronnym nacięto błonę śluzową od 5— do +3, a po jej odchyleniu przy pomocy świdra różyczkowego i dłuta wycięto przednią ścianę torbieli, brzegi kostne wygładzono frezą, zatrzymany 3— usunięto, założono seton. Stan chorej, po zabiegu, mimo stworzenia dobrych warunków odpływu ropy, cokolwiek się poprawił. Temperatura przez 8 dni wykazywała znamiona gorączki septycznej. Chorej podawano zastrzyki elektrokolargol 1 raz dziennie 5 cm^3, septazin 3 razy dziennie po dwie pastylki, cardiaca w drugim tygodniu pobytu na klinice. Po leczeniu ogólnym i miejscowym, stan chorej poprawił się.

9. (*Przypadek 130*). **Torbiel w szczęce górnej prawej nad 4+ 3+ 2+ od usuniętego 3+.** Nr. klin. 2200.

D r. M. H ü b l e r demonstruje chorego, lat 33. Przed 3 laty chory zaczął odczuwać bóle w okolicy 4+ 3+ przyczym wystąpił obrzęk prawego policzka. Po kilku dniach wytworzyła się przetoka dziąsłowa w okolicy 3+ z której wydobywała się ciecz ropna. Ząb 3+ został usunięty, obrzęk jednak utrzymywał się nadal o różnym nasileniu. Od 5 miesięcy obrzęk przybrał charakter guza, wobec czego chory zgłasza się do Kliniki Stom. Tu stwierdzono na policzku prawym uwypuklenie w okolicy skrzydełka nosowego i wargi górnej wielkości małej mandarynki zaś od strony przedsionka jamy ustnej stwierdza się guz wielkości orzecha włoskiego o granicach wyraźnie odgraniczonych od otoczenia. Na zaczerwienionej błonie śluzowej guza widoczne są liczne rozszerzone naczynia krwionośne.

Wyczuwa się wyraźnie chełbotanie. Zdięcie rtg. wykazało torbiel wielkości orzecha włoskiego nad zębami 4+ 3+ 2+. Operacja: W znieczuleniu miejscowym nacięto błonę śluzową od 5+ do 1+ a po jej odchyleniu wycięto przednią ścianę torbieli, brzegi wygładzono frezą, założono seton. Przez kilka dni stosowano przestrzyknięcia i zmieniano seton.

10. (*Przypadek 131*) **Torbiel nad +2 +3 +4 od +2 +3.** Nr. klin. 2365.

Dr. M. Hübler przedstawia chorą, lat 36, która podała, że przed 4 laty zauważyła w okolicy +2 +3 guz wielkości migdała, który nie dawał żadnych objawów bolesnych. Z tym chora zgłosiła się do Kliniki Stom, gdzie stwierdzono uwypuklenie lewego policzka w okolicy skrzydełka nosowego, oraz górnej wargi, wielkości kształtu jaja kurzego. Skóra nad nim bez zmian, z guzem nie zrośnięta. Od strony przedsionka jamy ustnej stwierdza się guz sięgający od +1 do +6 o konsystencji elastycznej z wyczuwalnym chełbotaniem od strony policzkowej. Od strony podniebnej zaś stwierdza się poddawanie się blaszki kostnej ze słyszalnym chrząstem. Wykonane zdjęcie rtg. wykazało torbiel wielkości jaja kurzego w obrębie zębów +2 do +4.

11. (*Przypadek 132*). **Parodontoza od zanieczyszczenia i ropień podniebienny od 3+ 2+.** Nr. klin. 2332.

Dr. M. Hübler przedstawia chorego, lat 39, który zauważył w maju u.r. na podniebieniu w okolicy 3+ 2+ guz wielkości migdała wydzielający przy ucisku ropę. Chory zgłosił się do Kliniki Stom., gdzie stwierdzono na podniebieniu między +1 a +3 guz wielkości migdała o konsystencji miekkiej elastycznej. Przy ucisku wydobywa się z przetoki umiejscowionej w środku guza ciecz krwawo-surowicza. Zdięcie rtg. wykazało rozrzedzenie struktury kostnej w okolicy szczytu 2+.

Stan ogólny uzębienia wykazuje zupełny brak higieny. Zęby zanieczyszczone, duże złogi kamienia nazębnego. Dziąsło zaczerwienione, rozpulchnione. Szyjki zębowe odsłonięte, z torebek dziąsłowych wydobywa się przy ucisku ciecz ropna. Chwiania zębów nie stwierdza się. Po za brakiem 2+ uzębienie zupełne.

12. (*Przypadek 133*). **Torbiel zropiała od 2+ w stanie ostrym z ropniem u nasady nosa w pobliżu dośrodkowego kąta oka.** Nr. klin. 2068.

Dr. Jankowski demonstruje chorą, lat 39, która podała, że przed 4 laty podczas ekstrakcji zęba pozostawiono korzeń w szczęce górnej prawej. Od tego czasu występowały okresowo obrzęki i bóle w tejże okolicy. Przed 5 tygodniami wystąpił silny obrzęk, chora stosowała okłady i nagrzewania, a gdy te nie odniosły pożądanego skutku zgłosiła się do Kliniki Stom. Tu stwierdzono na policzku prawym w okolicy podoczodołowej i dośrodkowego kąta oka uwypuklenie wielkości bobu, na ucisk bolesne, konsystencji ciastowatej. W jamie ustnej w okolicy 3+ 2+ 1+ błona śluzowa zaczerwieniona i obrzękła. Wykonane zdięcie rtg. wykazało torbiel wielkości orzecha włoskiego nad 3+ 2+ 1+, wychodzącą od 2+.

W uśpieniu chlor.-etylowym nacięto ropień (cięcie 5 według schematu prof. Cieszyńskiego) wewnątrz zoperowano torbiel i połączono drenem z poprzednim cięciem, założono opatrunek. Dreny pozostały przez 6 dni, ranę wy-

płukiwano codziennie, oko zakraplano arg. colloidale profilaktycznie, dreny zmieniono w 7 dniu po operacji na paski z cienkiej gumy, wkraplano do rany fenol kamforowy, następnie wprowadzono tępą igłą jodoform. glicerynę. Po tygodniu chora opuściła klinikę jako wyleczona. Zagojenie się rany należy spodziewać się po 3 dniach.

13. (*Przypadek 134*). **Sarcoma mandibulae dextr.** Nr. klin. 2367.

Dr. Hübler przedstawia chorego, lat 51, który został skierowany z kliniki chirurgicznej celem sporządzenia krzywej pochyłej. Dwa lata temu chory zauważył w prawej szczęce dolnej guz, niebolesny wielkości orzecha laskowego w okolicy 5— 4—. Na wiosnę u. r. choremu usunięto 3— 2— przyczym guz rozrósł się znacznie.

Stan obecny: Na szczęce dolnej prawej stwierdza się guz wielkości jaja kurzego, dobrze odgraniczony od otoczenia o konsystencji twardej, sięgający od zęba 7— do 1—. Na powierzchni guza widoczny jest ząb 4— oraz korzenie 6—. Błona 'luzowa nad guzem zaczerwieniona napięta, a na niej widoczne są liczne rozszerzone naczynia krwionośne. Gruczoły podszczękowe macalne nie bolesne. Chory otrzyma krzywą pochyłą i zostanie odesłany do kliniki chirurgicznej.

14. (*Przypadek 135*). **Neoplasma malignum maxillae dextrae (Sa).** Nr. klin. 2347.

Dr. Hübler przedstawia chorego, lat 11, który przed rokiem zauważył obrzęk policzka prawego, oraz guz w okolicy górnych zębów trzonowych wielkości fasoli. W szpitalu powsz. w Stanisławowie guz ten według zapodań pacjenta — usunięto. Po krótkim jednak czasie obrzęk ponowił się, a guz powiększył się do wielkości mandarynki.

Stan obecny: Na policzku prawym stwierdza się uwypuklenie wielkości jaja gęsiego. Skóra nad nim bez zmian, z guzem nie zrośnięta. Od strony przedsionka jamy ustnej stwierdza się guz od 4+ aż do fossa ptervgopalatina, zaś od strony podniebienia wyczuwa się zgrubienie sięgające od 6+ aż do podniebienia miękkiego. Konsystencja guza twarda, granice wyraźne, błona śluzowa nad guzem zaczerwieniona, gładka. Wykonane zdjęcie rtg. occip. front. wykazało zniszczenie substancji kostnej szczęki górnej prawej wielkości gęsiego jaja. Chory został skierowany do kliniki chirurgicznej celem wykonania resekcji szczęki.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Dr. Kielanowski Tadeusz: Rola układu nerwowego i psychiki w odporności. (Streszczenie odczytu wygłoszonego na XXI Posiedzeniu naukowym Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego, 1 X 1937)*).

Pojęcie odporności uległo w ciągu ostatnich lat pewnemu zwyrodnieniu, które możnaby nazwać zwyrodnieniem laboratoryjnym. Czynna walka żywego ustroju z zakażeniem uległa zapomnieniu, a zastąpiły ją liczne reakcje fizykochemiczne („ciało-przeciwciało, toksyna-antytoksyna" itp.), dające się powtórzyć

*) Odczyt powyższy drukowany będzie w całości w Polskiej Gazecie Lekarskiej.

„in vitro", reakcje niezalnżne od siebie i przez żaden czynnik nadrzędny niekierowane. Przeciwko takiemu stanowi rzeczy odzywają się jednak coraz liczniejsze głosy sprzeciwu. Klinicyści wracają do dawnych doćwiadczeń, które kazały zwracać baczną uwagę nie tylko na stan przedmiotowy chorego, ale i na jego stan podmiotowy, jego „morale", mające nader doniosły wpływ na przebieg choroby. Filozofowie szkoły „holistycznej" (holos — cały) podkreślają, że podział człowieka na duszę i ciało jest podziałem sztucznym i podnoszą wpływ „duszy" na fizyko-chemiczne procesy życiowe i chorobowe. Wpływu tego jednak dotychczas wykazać w eksperymencie i dlatego wątpili weń badacze materialistyczno-mechsnistycznie nastawieni. Nowe światło wniosły w tę dziedzinę doświadczalne badania Metalnikova i jego szkoły. Okazało się, że przy pomocy samego bodźca psychicznego, umiejętnie stosowanego (wywoływanie odruchów warunkowych Pawłowa), można wzmóc odporność przeciwzakaźną zwierzęcia. I tak wywołać można u królika lub świnki morskiej leukocytozę, gromadzenie się komórek wysiękowych w pewnym, określonym miejscu (np. w jamie otrzewnowej), wzmóc miano hemolityczne lub aglutynacyjne jego surowicy i t. p. — wszystko to wyłącznie przy pomocy bodźców psychicznych. W zakresie patologii ludzkiej wykazały ścisłe obserwacje, że przewlekłe smutki i zmartwienia, przepracowanie umysłowe ! nerwowy tryb życia, wywołują wagotomię i alkalozę, to jest zmiany, stwarzające dogodne podłoże dla rozwoju nowotworów złośliwych, w szczególności raka. Te i inne spostrzeżenia wykazują rolę systemu nerwowego i psychiki w odporności. Rola ta jest duża, i lekceważyć jej nie można. Psychoterapia jest więc nie tylko uzupełnieniem leczenia farmakologii cznego, lecz wpływa na wymierne stany odporności tkankowej i humoralnej ustroju.

Towarzystwo Stomatologiczne w Paryżu.

Posiedzenie z ania 19 listopada 1937.

Dr. Antoni Paulo (de Porto): **O przypadku zapalenia kości (steomyelitis) żuchwy u kobiety ciężarnej.** Autor donosi o spostrzeżeniach dotyczących chorej lat 40. Po otwarciu chirurgicznym zastosowano leczenie surowicze, — wszelako natężenie zapalenia towarzyszące ropieniu rozwijało się stopniowo do chwili, kiedy zastosowanie leczenia chemicznego w postaci „Prontosil album" następnie „Septazine" spowodowało natychmiastowe ustąpienie ropienia i niewątpliwe wyzdrowienie.

Dr. Dechaume: Przypadek śmiertelny po usunięciu zęba mądrości dolnego. Znaczenie schorzeń pooperacyjnych w stomatologii. Przypadek dotyczy zakażenia paciorkowcem z zejściem śmiertelnym w ciągu tygodnia w następstwie usunięcia dolnego zęba mądrości zdrowego w dogodnych warunkach dla zabiegu. Autor, w związku z tym, wskazuje na miejscowy odczyn (komórkowy i naczynio-ruchowy) i odnoszenie się ogólne ustroju do wszelkich zabiegów operacyjnych, omawiając szczegółowo najlepsze warunki techniczne, które powinny najlepiej określać ich skuteczność.

M. Poullot: Przedstawia nowe pomysły odnośnie do **ruchów szczękowych,** a stałości całkowitej protezy i poddaje krytyce rozmaite sposoby obecnie używane.

S t i l l m u n k e s e t M a r c e l B o u v i e r: Przetaczanie (transfuzja) krwi i krwotoki policzkowo-zębowe. W związku z krwotokiem, jaki wydarzył się w sposób niepokojący u dziecka po usunięciu zęba, autorowie wskazują na korzystny wpływ przetoczenie krwi w małej ilości, zarówno gdy krwotok jest wyrazem zmian chorobowych krwi lub tylko przypadkowy. Zabieg ten jest bezpieczny, o ile rozporządza się dawcą krwi uniwersalnym, lub należącym do tej samej grupy co i chory. *Fr. Pietrzycki.*

Ocena książki.

Dr. W i n k l e r J u l i u s: Die Schieberkrone. Ersatz abgebrochener Pozzellanfazetten in Munde. (Korony zasuwkowe). Naprawa złamanych w ustach licówek. Zahnärztliche Fortbildung. Heft III. Urban Schwarzenberg, Berlin i Wien, stron 32, rycin 21, cena 3 RMk.

Dr. Winkler kierownik oddziału stomatologicznego w uniwersyteckim szpitalu w Budapeszcie podaje sposób sporządzania zębów porcelanowych na zasuwce i wskazuje na łatwość zastąpienia pękniętej licówki przez użycie sposobu sporządzania korony na zasuwce. Winkler dzieli korony na:

I. zęby ćwiekowe, korony w mostku i człony w mostku oraz na zęby płytkowane celem ich usztywnienia. Następnie

II. na korony metalowe, porcelanowe i licówki ze względu na materiał, z którego się je sporządza.

W podziale tym specjalnie krytykuje korony porcelanowe z powodu wysokich kosztów dla przeciętnie zamożnego pacjenta i zbyt krótkotrwałej użyteczności. Autor poleca bardzo korony zasuwkowe (Schieberkrone) ze względu na to, że łatwe w wykonaniu i odpowiadają wymogom estetycznym i funkcjonalnym. Przebieg pracy przy koronie zasuwkowej dzieli autor na sześć faz, opisując szczegółowo każdą z nich ı podając najczęstsze błędy, jakie mogą powstać powstać przy wykonywaniu koron.

Najpierw opisuje sposób oszlifowania językowej powierzchni licówki, zwacając specjalną uwagę na odpowiedni wybór licówki porcelanowej co do barwy, wielkości i formy. Następnie podaje sposób sporządzenia zasuwki, którą uważa za najważniejszą część konstrukcyjną. W przekroju poprzecznym zasuwka ma kształt ogona jaskółki. Wykonuje się ją z blachy złotej z dodatkiem 5% platyny, grubej 1 mm. Zasuwkę tę wsuwa się do siodełka kramponowego, przedstawionego w trzeciej fazle.

Następnie wykonuje się tylną część korony zasuwkowej z wosku niebieskiego i odlewa się ją, używając złota 18 karatowego z dodatkiem 5% platyny. Wkońcu następuje wykończenie i usztywnienie licówki. Przebieg pracy przedstawiają ryciny.

Korony zasuwkowe posiadają według autora wygląd estetyczny i w zupełności spełniają swą funkcję, a ponadto są stosunkowo łatwe do wykonania.

W drugiej części swojej pracy rozwiązuje autor problem naprawy przy pęknięciu licówek korony zasuwkowej a zwłaszcza odłamanych licówek w ustach lub członów porcelanowych w mostku, bez ich wyjmowania i niszczenia. Metodę tę dzieli na następujące czynności:

I. Wzięcie wycisku gipsowego przy uwzględnieniu obu sąsiednich zębów. II. Dobór licówki. III. Sporządzenie pozytywu z wycisku. IV. Wyszlifowanie dobranej licówki zastępczej do owego pozytywu. V. Sporządzenie drugiego negatywu tego pozytywu wraz z kramponami prowadzącymi. VI. Oznaczenie miejsc przebicia zwierzków (kramponów) licówki zastępczej na tylnej cuęści płytki. VII. Przewiercenie płytki tylnej w miejscach oznaczonych. VIII. Wprowadzenie ćwieków zęba i ich zanitowanie.

Wszystkie okresy prac są bardzo szczegółowo i wyraźnie opisane.

Przy końcu swej pracy podaje autor podział licówek porcelanowych na licówki bez ćwieczków (Asch'a i Steela) oraz na licówki z ćwieczkami krótkimi i długimi; ostatnie specjalnie nadają się do jego koron.

Wreszcie wylicza szereg dotychczasowych metod umocowania licówki z ćwieczkami długimi na złocie.

W szczegółowym opisie spotykamy szereg praktycznych wskazówek, które okażą się bardzo cenne podczas pracy. *Szuszkiewicz.*

Dr. med. Fritz Schön: Kosmetische Verbesserung der Zahnstellung auf chirurgischem, keramischem und schnell-orthodontischem Wege. Wydanie drugie. Berlinische Verlaganstalt 1937. Str. 104. Ryć. 143. Cena RM. 5·10.

Autor zebrał własne artykuły, opublikowane oddzielnie w Zahnärztliche Rundschau, opracował je obszerniej — z punktu widzenia zainteresowań lekarza praktyka i wydał je we formie broszurki około 100 stronicowej. Kazuistyka przypadków codziennej praktyki, objaśniona odpowiednimi zdjęciami, roentgenogramami i modelami, stanowi zawsze cenny nabytek dla praktyka zwłaszcza, o ile przypadki te są — jak w pracy Schöna — doskonale ujęte i zrozumiale podane. Brak naukowego balastu i celowy podział materiału podwyższa tylko wartość książki. Dowodem tego, drugie wydanie w niespełna dwa lata po ukazaniu się pierwszego.

Tekst podzielony na 3 części obejmuje dział chirurgiczny zabiegów, służących do kosmetycznej korektury zębów i szczęk, jak replantacji zębów, operatywnego usunięcia diastemu i prog acji, jakoteż postępowania w wypadkach wysokiego ustawienia kłów. (Przestrzec chciałbym przed usuwaniem zatrzymanych kłów bez ścisłego wskazania, co u Schöna nie jest dostatecznie podkreślone — przyp. ref.). — Część druga zajmuje się zadaniami ksramiki i protetyki mostkowej w usuwaniu defektów przedniego odcinka górnej szczęki i zębów przednich. Wskazówki są b. cenne, choć nie mogą być przyjęte bez zastrzeżeń. Rozdział ostatni, dotyczący metod szybkiej korektury ortodontycznej przypadków anomalii zupełnego i niezupełnego przzodozgryzu, przynależnych do klasy I. Angle'a, za pomocą krzywej pochyłej, uważam za najlepszy. Za specjalną zasługę należy autorowi poczytać propagandę tego prostego i doskonałego aparatu, którym w krótkim czasie, bez zbytniego molestowania, zwłaszcza młodocianych pacjentów, można przeprowadzić regulację prawie wszystkich przypadków pozornej progenji. — Regulacja otwartego zgryzu u dzieci aparaturą z drutu Kruppa, kończy się zajmująca publikacja. — Papier, druk i wydanie jak zwykle w B. V. bez zarzutu. *Atlas.*

Dr. med. Kossowski Stanisław Maria: Nowotwory szczęki dolnej i sposoby ich leczenia. (Monografie lek. 1937. IV. 78 (44). Wydaw. Eskulap. Warszawa. Cena 1·50).

Autor obrał sobie za zadanie dać pogląd na całokształt zagadnienia nowotworów szczęki dolnej ze stanowiska chirurgii, uwzględniając przytym te gałęzi medycyny, które wchodzą w zakres tego zagadnienia. (Anat. patolog., Stomatologia).

Praca obejmuje 42 strony druku i jest podzielona na trzy części. — Część pierwsza zajmuje się podziałem nowotworów szczęki dolnej ze stanowiska anatomopatologicznego i klinicznego, dając zwięzłą, lecz wyczerpującą charakterystykę każdego z nich. Główny nacisk kładzie autor na klinikę nowotworów i z tego stanowiska dzieli je na: 1) złośliwe (mięsak, rak), 2) dobrotliwe (włókniak, kostniak, tłuszczak, zębiak, naczyniak groniasty, perlak, piaszczak), szczególną zaś uwagę zwraca na trzecią grupę, powołując się na prace Cieszyńskiego i Dobrzanieckiego t. j. nowotwory zajmujące stanowisko pośrednie. Są to nowotwory dobrotliwe pod względem anatomopatologicznym, klinicznie jednak ze względu na nawroty i przerzuty muszą być traktowane jako nowotwory złośliwe (szkliwiak, chrzęstniak, śluzak, dziąślak, „tumory granulacyjne” śródbłoniak).

Zbyt ogólnikowo autor traktuje rozpoznanie rentgenologiczne nowotworów szczęki dolnej, nie dając dostatecznego obrazu tak ważnej metody rozpoznawczej nowoczesnej medycyny.

W części drugiej autor zajmuje się leczeniem nowotworów szczęki dolnej uwzględniając:

a) leczenie energią promieniotwórczą (rad, Roentgen), które, jak wykazały doświadczenia kliniczne, przedstawia wartość jedynie w łączności z zabiegiem operacyjnym jako leczenie następowe. Autor uważa za najlepszą metodę naświetlania Coutarda, która polega na stosowaniu bardzo małych, na długi przeciąg czasu podzielonych poszczególnych dawek promieniotwórczych, albowiem najskuteczniejszym środkiem dla zwiększenia różnic w promienioczułości naświetlanych tkanek nowotworowych okazał się czynnik czasu.

b) leczenie operacyjne jako podstawowy środek w zwalczaniu nowotworów. Po krótkich uwagach o przygotowaniu przedoperacyjnym pacjenta przechodzi autor do właściwych metod operacyjnych omawiając dosyć dokładnie technikę wyłuszczenia lub wycięcia guza oraz wyłuszczenia gruczołów, niezbędne przy raku. Wkońcu kilka słów autor poświęca ogólnemu leczeniu pooperacyjnemu.

c) Leczenie dentystyczne. Autor wskazuje na konieczność współpracy chirurga ze stomatologiem, celem zwalczania i uniknienia powikłań pooperacyjnych przez leczenie przedoperacyjne (uporządkowanie zębów: usunięciu korzeni, wypełnienia, korony i t. d.) oraz leczenie pooperacyjne, celem osiągnięcia jak najdalej idącej odbudowy ciągłości szczęki przez zastosowanie protez. Autor zaznajamia nas z rozwojem protetyki oraz wyszczególnia metody i ich ulepszenia (opatrunek resekcyjny, proteza bezpośrednia) i zatrzymuje się na metodach nowoczesnych (krzywa pochyła Sauera, szyna śluzowa Schrödera) wskazując na dobre wyniki tychże.

Ostatni ustęp autor poświęca problemowi plastycznej odbudowy

szczęki. Skrupulatnie i przejrzyście wylicza próby, jakie zostały podjęte w tej dziedzinie, oraz poddaje krytyce poszczególne metody przeszczepienia kości. W szczególności omawia uszypułowane przeszczepienie nadających się (zdaniem autora) tylko do pokrycia ubytków małych, jakoteż przeszczepienie wolne, mające zastosowanie przy odbudowie ubytków rozleglejszych, a więc powstałych na skutek usunięcia nowotworów złośliwych szczęki dolnej. Niemniej dokładnie zajmuje się stroną techniczną przeszczepienia własnego pierwotnego i wtórnego, nie pomijając i ujemnych stron każdego z nich. Zaznajamia nas najnowszym sposobem przeszczepienia tak zw. metodą uprzedniego przeszczepiania przeszczepu własnego (Axhausen-Linsberg) wskazując na niemożliwość stosowania tej metody przy leczeniu nowotworów złośliwych, albowiem odracza ona zabieg operacyjny na przeciąg conajmniej 4—6 tygodni w wypadkach, gdzie interwencja chirurgiczna jest wskazana w okresie jak najwcześniejszym.

Monografia powyższa, mimo, że nie wprowadza nic nowego do zagadnienia nowotworów szczęki dolnej, jest bardzo starannie opracowana, przez co posiada niemałą wartość dla praktyka-lekarza, dla chirurga i stomatologa.

Zref. Dr. M. Hübler.

Doc. Dr. A. Brosch: Das subaquale Darmbad. Insbruck 1936.

Autor opisuje w tej monografii szczegółowo działanie wprowadzonego przez siebie ulepszonego aparatu służącego do przemywania jelit pod wodą, a więc w czasie gdy chory znajduje się równocześnie w kąpieli. Nadto Brosch omawia zalety tej metody wobec dawniejszych sposobów przepłukiwania jelit. Będąc przez przeciąg lat 21 prosektorem, miał, jak się wyraża, możność zaobserwować na wielkim materiale sekcyjnym, że stosunkowo wielka ilość zejść śmiertelnych następowała przy naogół dobrym stanie ogólnym, z powodu, jak sądzi, nadmiernie wypełnionego jelita grubego obfitującego w florę bakteryjną i wytworzone przez nią toksyny. To spostrzeżenie nasunęło Broschowi myśl, że przepłukiwania jelita grubego i oczyszczenie jelita cienkiego za życia mogłoby było ocalić w tych wypadkach chorym życie. Równocześnie oparł się na znanym spostrzeżeniu, że masaże i inne zabiegi zewnętrzne wywierają działanie znacznie lepsze, gdy wykonuje się je na chorym zanużonym całkowicie we wodzie (względnie, jak to się niekiedy czyni w kąpieliskach, w mule). W ten bowiem sposób można wyłączyć siłę ciężkości, woda otaczająca ciało chorego wywiera skuteczne przeciwciśnienie, tkanki zostają nieco rozpulchnione, powodując, zwłaszcza w odniesieniu do jelit t. zw. falowanie wewnętrzne. Dalsze wnioski Broscha były logicznym powiązaniem tych dwóch spostrzeżeń, nasuwając mu na myśl stosowanie przepłukiwań podwodnych jelit, oraz obmyślenie odpowiedniej do tego aparatury.

Wynik prób w tym kierunku poczynionych były dodatnie i zachęcały autora do dalszej pracy. Okazało się, że nawet chorych, którym przedtem dawał zwyczajną enemę i kilkakrotnie przepłukując jelita, otrzymał w końcu czystą wodę z powrotem i tym samym mógł przyjąć, że jelita znajdują się już w stanie czystym, przy dalszym przepłukiwaniu pod wodą udało mu się wypłukać z jelit jeszcze wiele treści, poprzednio ukrytej. I to spostrzeżenie utrwaliło Broscha w jego przekonaniu o wyższej wartości swojej metody. Ponadto studia autora poczynione na ogromnym materiale w czasie wojny światowej wykazały,

że chorzy jego znosili tego rodzaju przepłukiwania jelit pod wodą doskonale, zabiegowi poddawali się chętnie, podkreślając, że sposób ten sprawia im wielką ulgę i polepsza ich samopoczucie. Z tym większą niechęcią poddawali się potym zabiegowi lewatywy zwyczajnej, a więc t. zw. suchej. Płyn wprowadzany do jelit w czasie gdy chory zanużony jest całkowicie we wodzie wypełnia całą kiszkę grubą, dochodząc do wysokości zastawki Bauhina, a nadto pobudza odruchowo czynność jelita cienkiego, co ze swej strony przyczynia się do opróżnienią tegoż. O słuszności tego twierdzenia przekonać się można obserwując wypłukaną treść jelitową w naczyńku kontrolnym, uwidoczniającym wydobytą treść.

Mówiąc o celach, w których przepłukiwać należy jelita jego sposobem, Brosch wymienia następujące:

1) Przepłukiwania podwodne jelit w celach higienicznych.
2) Przepłukiwania w celach diagnostycznych, by uzyskać treść z jelit.
3) Oczyszczenia jelit jako przygotowanie do rentgenografii jamy brzusźnej.
4) Przepłukiwania jako wstępne przygotowania do operacji.
5) Przepłukiwania jelit celem zwiększenia działania wprowadzonych tamże leków.
6) Przepłukiwania celem zmiany stanu elektrolitów krwi.
7) Przepłukiwania przedłużone czasowo w celu wytworzenia oddychania jelitowego.
8) Przepłukiwania jelit w połączeniu z równoczesnym leczeniem balneologicznym, klimatycznym etc., co łącznie wywiera działanie synergetyczne.

Dla celów terapeutycznych podwodne przepłukiwania jelit — zdaniem autora — uważać należy za wskazane we wszelkich cierpieniach jelit na tle funkcjonalnym i anatomicznym, wątroby (zwłaszcza kamieni żółciowych), serca, płuc, nerek i dróg moczowych, ponadto metoda ta, zdaniem jego, daje zachęcające wyniki przy padaczce, kretyniźmie i miażdżycy tętnic. Z chorób zakaźnych jako szczególnie nadający się do tego rodzaju leczenia Brosch wymienia grypę. Zamiast wody do przepłukiwań używać można oczywiście i innych płynów, za ogólnie wskazane uważa autor nawadniania roztworami solnymi nasyconymi tlenem. Płukań roztworami hypertonicznymi autor nie uważa za szkodliwe, w sprawach pogorszonego krążenia są one nawet wskazaze, powodując odwodnienie ustroju drogą pozanerkową. Płukanie natomiast wodą studzienną powodować może u osobników dotkniętych wyrównanymi wadami serca — zapad. Podobnie jak płyn przepłukujący zastąpić można i wodę kąpieli innymi płynami, co jednak większego znaczenia nie posiada. Korzystne — zdaniem Broscha — są kąpiele w wodzie morskiej.

Na podstawie dotychczasowych obserwacyj Brosch dochodzi do wniosku, że w sprawach cechujących się rozwodnieniem krwi należy płukać jelito roztworami solnymi z zawartością koloidów, zaś w przypadkach odznaczających się zwięszeniem się lepkości krwi (jej odwodnieniem) wymaganym jest płukanie zwykłymi roztworami solnymi bez dodatku substancyj koloidowych.

Na ostatnich stronach swej monografii zamieścił Brosch listy i oceny lekarzy praktyków i klinicystów, którzy posługują się jego aparatem i metodą przepłukiwań.

Z. Bieliński (Lwów).

Nowe wydawnictwo.

Katalog „Zęby de Treya".

Kolegom praktykom zwracamy uwagę na nowy katalog firmy DE TREY, obejmujący różne rodzaje zębów do dostawek kauczukowych, metalowych, zęby rurowe i korony, zilustrowany zespołami zębów na tablicach, które przedstawiają w sposób artystyczny, z niedoścignioną wprost techniką fotograficzną kształty poszczególnych zębów. Przy użyciu tychże tablic można wybrać najodpowiedniejszy do danego przypadku kształt zęba, a posługując się wzorem barw DE TREY'A i odpowiednią barwą. Powołując się więc na numery tablic i barw zamówić można w składnicach dentystycznych odpowiednie zęby każdorazowo dla danego wypadku. Obok tablic mamy także objaśniający tekst, ujęty w dobrej polszczyźnie. Ilustracje zębów przedstawione na 51 stron katalogu są tak artystycznie wykonane, że mamy wprost złudzenie, że mamy przed sobą prawdziwe zęby wypalone w porcelanie. Katalog ten otrzymać można za pośrednictwem przedstawicielstwa De Trey Co, Warszawa, Świętokrzyska 28.

Cieszyński.

Dział sprawozdań i streszczeń.

PROTETYKA.

Haneda S.: Proteza drewniana. (Meku drai-jushi o gishi). Kinskie Shiki, Nr. 10, 1933 r. Osaka.

W czerwcu 1937 r. znaleziono pod świątynią Goodoktero w Tokio najstarszą protezę w Japonii, t. zw. protezę Rinsei-hisen-shiu shioto. Proteza ta była stosowana przy całkowitym bezzębiu, a sporządzona z drzewa. Wynalazł ją podobno Gono w 3-im roku panowania Mandzi (1655 r.), z braku źródeł nie znamy jednak dokładnie sposobu jej konstruowania. Później stosowali ją Gokusi, Nagai i Motsui w połowie panowania Tolugawy.

W okresie panowania Meidżi szkoła Gogoku Niuci stosuje już nowoczesną protezę gumową (z gumy sprowadzonej z Ameryki). Proteza ta, wywór czysto japońskiej sztuki dentystycznej, była szeroko rozpowszechniona.

Poniżej podają opis protezy drewnianej, będącej własnością nieżyjącego już dziś pana Mitsuto.

Proteza górna zrobiona jest z drzewa, którego gatunku nie można dokładnie określić. Przypuszczalnie jest to żółta wierzba. Drzewo to można łatwo zarysować paznokciem. Po zwilżeniu przybiera ono kolor bardzo podobny do dziąsła. Na części szkieletowej zarysowane są ślady jakby siatki. Brzegi protezy są zaokrąglone i cieniutkie. Zasadniczo nie różni się od protez dzisiejszego typu.

Zęby przednie zrobione z alabastru i pochylone medialnie, w grubości swej i kształcie zbliżone są do anatomicznych zębów. Dla każdej licówki wykonano w protezie odpowiednie wyrzeźbienie; z boku alabastrowej licówki znajduje się dziurka, przez którą przechodzi potrójna nić jedwabna, umocowana na drewnianym gwoździu przy pierwszym przedtrzonowcu od strony podniebiennej. Koło gwoździa proteza jest starta.

Zęby trzonowe natomiast nie przypominają swym kształtem ani powierzchnią żującą zębów anatomicznych. Posiadają tylko na powierzchni żującej zarysowują do końca protezę linię poprzeczną, podobną do tej, jaką my zarysowujemy teraz ogrzanym nożykiem na wale woskowym przy ustawianiu zębów.

Ciężar protezy drewnianej wynosi 13·5 g w porównaniu do przeciętnego dzisiejszego 20 gr.

Dolna proteza jest całkowita i powleczona czarnym lakierem. Jako materiał używano żółtą wierzbę. Z prawej i lewej strony wyrzeźbiono po 4 zęby w kształcie anatomicznym dalej nie zachowywano zupełnie kształtów anatomicznych. Stronę językową zaznaczano tylko liniami między zębami. Na powierzchni żującej żębów trzonowych wbito po 7 sztuk gwoździ miedzianych.

Po stronie distalnej znajdowało się 5-cio milimetrowe wgłębienie, imitujące punkty styczne zębów. Ciężar wynosił 6·1 g.

Obserwacje:

1. Kształt szkieletu protezy górnej i dolnej był podobny do dzisiejszego.
2. W protezie górnej używano jako materiał na zęby przednie alabastru, przy czym kształt zębów był dokładnie anatomiczny.
3. Proteza dolna jako mniej widoczna nie posiadała kształtu anatomicznego i była całkowicie wykonana w drzewie.
4. Dolna proteza lakierowana na czarno, imitowała metal.
5. Zęby trzonowe w obu protezach nie posiadały kształtów anatomicznych. Proteza dolna, opatrzona miedzianymi gwoździami służyła do nagryzania pokarmów.
6. Drewniane protezy górne były lżejsze od dzisiejszych o 6·5 g, a dolne o 13·9 g.

Powyżej opisana proteza drewniana była, jak już wspomniałem, najstarszą protezą dentystyczną w Japonii. — Dziś nie do pomyślenia jest używanie drzewa, czy alabastru, gdy mamy do rozporządzenia kauczuk, złoto, porcelanę. wipla, oralit i t. p. Streścił *Tonchu Ru.*

Wolne posady.

Dwóch lekarzy dentystów, Polaków, rzym. kat. wyznania, z dobrymi referencjami i dobrym przygotowaniem naukowym i klinicznym może otrzymać posady w wojsku w Rzeszowie z grupą uposażenia VIII dla garnizonu tamtejszego oraz w Nisku z grupą uposażenia VII dla Szkoły P. P. Małol. Obie miejscowości leżą w trójkącie przemysłowym, tak że są horoskopy dobre dla tych lekarzy rozwinięcia praktyki prywatnej. W Nisku wogóle nie ma lekarza dentysty.

Zgłoszenia należy nadesłać z powołaniem się na niniejsze ogłoszenie do Dowództwa Okręgu Korpusu Nr. X. Szef Sanitarny, Przemyśl.

* * *

Kwalifikowana pomocnica dentystyczna z kilkuletnią praktyką w Klinice Stomatologicznej szuka posady od zaraz. Zgłoszenia w Sekretariacie Kliniki Stom. U. J. K. we Lwowie, Zielona 5 a.



Ś. p. Aleksander Stokowski.

Dnia 24 grudnia 1937 r. zmarł po kilkumiesięcznej chorobie ś. p. Aleksander Stokowski, lekarz dentysta, prezes Rady Centralnej Stowarzyszeń Stomatologów i Lekarzy Dentystów Rzp. P., prezes Związku i Towarzystwa Lekarzy Dentystów Chrześcian, członek założyciel Stowarzyszenia Wzajemnej Pomocy Lekarzy Dentystów Rz. P.

Ś. p. Aleksander Stokowski urodził się 15 lutego 1866 r., wykształcenie średnie otrzymał w III. Gimnazium w Warszawie, studia specjalne odbył w Warszawie, i uzupełnił je we Wiedniu pod kierunkiem prof. Scheffa. Był jednym z pierwszych asystentów dra Franciszka Kobylińskiego. Z zamiłowaniem oddany był pracy zawodowej i służył jej do ostatniego tchnienia. Mimo podeszłego wieku i wyczerpania sił chorobą serca wytrwał na posterunku pracy lekarskiej przez lat 50. Cieszył się zaufaniem i uznaniem licznych rzesz pacjentów, na co zasłużył sumienną pracą i znajomością swego zawodu i etycznym postępowaniem. Otoczony był również wielkim szacunkiem kolegów. Zmarły należał do tych pionierów naszego stanu, którzy z samozaparciem i poświęceniem dążyli do zastąpienia kadr dentystycznych polskich ludźmi z pełnym wykształceniem lekarskim. Aleksander Stokowski poświęcił wiele energii przy wywalczaniu samorządu dla naszego zawodu. Z wielkim zapałem poświęcił wolne chwile pracy społeczno - zawodowej, to też piastował powierzone Mu najwyższe stanowiska w organizacjach naszego zawodu. Na tych posterunkach wytrwał do ostatniej chwili Swego życia.

Cześć Jego pamięci!



Bł. p. Naum Neufeld.

Bł. p. kol. Naum Neufeld, którego odprowadziliśmy niedawno na miejsce wiecznego spoczynku, należał do najczynniejszych i najbardziej zasłużonych członków Rady Centralnej i Związku Lek. Dent. w Państwie Polskim.

Urodził się 30 maja 1880 r. w Moskwie, studia dentystyczne odbył w Moskwie i w Warszawie, gdzie następnie pracował w lecznicy Szymańskiego i jako asystent w szkole Tropa do roku 1913. Po tej pracy przygotowawczej rozpoczął praktykę prywatną.

Od roku 1903 bierze czynny udział w pracy niepodległościowej, pozostając w kontakcie z organizacją bojową P. P. S. W tym okresie współdziała przy zamachu na Nelkina, przechowuje amunicję, broń i materiały wybuchowe, udziela rannym bojowcom pomocy lekarskiej i ustala ich alibi. W późniejszych latach załatwia korespondencję dla bojowców i więzionych, przechowuje skonfiskowane w Mińsku Mazowieckim na cele partii pieniądze, udziela konspiracyjnego schronienia działaczom partyjnym i uciekinierom z Syberii.

W czasie wojny światowej dostał się do niewoli niemieckiej (Gutersloh), gdzie przesiedział 5 lat. Po powrocie do kraju poświęcił się tylko pracy zawodowej i organizacyjno-zawodowej, oddając na tym polu cenne usługi kolegom, zorganizowanym w Związku Lekarzy Dent. w Państwie Polskim, Radzie Centralnej Stowarzyszeń Stomatologów i Lek. Dent. R. P. itp.

W Bł. p. Neufeldzie straciliśmy kolegę uczynnego i chętnego do pracy, przez wszystkich, którzy się z nim stykali lubianego i szanowanego, dla swych niezwykłych zalet charakteru.

NAJNOWSZE OPAKOWANIE PROSZKÓW „Z KOGUTKIEM" A. GĄSECKIEGO.

Rozporządzenie Ministra Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1934 „O określaniu cen aptecznych" zawiera zakaz otwierania kapsułek papierowych przez dmuchanie ustami (§ 17).

Zakaz ten jest słuszny, ponieważ otwieranie kapsułek przez dmuchanie ustami jest niehigieniczne.

Przy dmuchaniu ustami, podobnie jak przy kichaniu, kaszlu, pluciu i mówieniu, bakterie zawarte w jamie ustnej zostają rozpylane z małymi kropelkami śliny i zakażają otoczenie.

W jamie ustnej osób chorych znajduje się szereg bakteryj chorobotwórczych, jak paciorkowce, pał. błonicza itp.

Nietylko osoby chore, w jamie ustnej posiadają bakterie chorobotwórcze, ale także osoby zdrowe mogą w niej mieć bakterie niebezpieczne dla innych osób.

Mając na względzie możliwość przenoszenia zarazków chorobotwórczych z ust osoby napełniającej kapsułki papierowe proszkami, na osobę proszki te zażywającą, należy uznać celewość tego zakazu, wydanego przez Ministerstwo Opieni Społecznej, zabraniającego otwierania kapsułek papierowych przez dmuchanie ustami.

Apteki, które do czasu pojawienia się tego rozporządzenia otwierały kapsułki papierowe przez dmuchanie ustami, wprowadziły inne sposoby otwierania kapsułek papierowych.

Wprowadzono kapsułki papierowe samootwierające się. Zasada ich polega na specjalnym zaprasowaniu ścian, dzięki czemu przy składaniu w kopertę i ucisku w miejscu, w którym ściany z sobą schodzą się, rozchylają się i można je wypełnić proszkiem. W użyciu jest już kilka wzorów tego rodzaju kapsułek. Jednak żaden z nich nie jest w zupełności samootwierającym się, często trzeba otwieranie kilkakrotnie powtórzyć, zanim kapsułka otworzy się. Okoliczność ta jest ważnym utrudnieniem w pracy.

Jako sposób ułatwiający otwieranie kapsułek samootwierających się wprowadzono rozwieranie światła kapsułki papierowej przez dmuchanie balonikiem gumowym.

Otwieranie kapsułek papierowych bez dmuchania ustami usunęło możliwość zakażania proszków drogą kropelkową przez osoby pakujące je w kapsułki papierowe.

Główne źródło zakażenia proszków zostało tym sposobem wy-

kluczone. Możliwość zakażania proszków przy opakowywaniu pozostała jednak w dalszy ciągu, ponieważ sposób zamykania proszków odbywa się jak dawniej, przy pomocy rąk. Jakkolwiek możliwość zakażania proszków tym sposobem jest znacznie mniejsza, to jednak należy powitać z uznaniem wszelką inicjatywę dążenia do zamykania proszków w kapsułkach papierowych bez pomocy rąk, przez zastosowanie odpowiednich do tego celu urządzeń, nawet skomplikowanych maszyn.

Sposób zupełnie higienicznego otwierania, napełniania proszkiem i zamykania kapsułek papierowych, wprowadziła pierwsza w Polsce Mokotowska Fabryka chemiczno-farmaceutyczna A. Gąsecki i Synowie Sp. Akc. przy opakowaniu znanych proszków z „Kogutkiem".

W związku ze sposobem innym jak poprzednio, opakowania proszków „z Kogutkiem" musiały ulec zmianie kapsułki papierowe. Kiedy opakowanie poprzednie składało się z dwóch kapsułek papierowych, wewnętrznej z impregnowanego papieru nieprzemakalnego i zewnętrznej z etykietką, — obecne opakowanie składa się tylko z jednej kapsułki papierowej, po stronie wewnętrznej impregnowanej, a po zewnętrznej zaopatrzonej w etykietkę fabryczną.

Wskutek opakowania proszka „z Kogutkiem" tylko w jedną kapsułkę papierową, pozornie wydaje się, że ilość proszku w nowych opakowaniach jest mniejsza jak w opakowaniach poprzednich. W rzeczywistości zawartość jego jest taka sama jak poprzednio, a zmniejszona objętość i waga proszka w nowym opakowaniu jest spowodowana jedynie mniejszą ilością papieru w opakowaniu.

Lek. LUDWIK RZUCIDŁO
st. asyst. Zakładu Hygieny U. J. K.

Okazyjnie można otrzymać po cenie zniżonej:

Wydawnictwa Polskiej Stomatologii

ceny zniżone od 40%—70% od ceny pierwotnej podanej w klamrach

A.

Arpa (od nr. 1—8)	zł.	3·—	(5)
Słowiańska Stomatologia (od nr. 1—8)	„	3·50	(6)
Księga Pamiątkowa 1923 r.	„	2·50	(5)
„ „ 1928 r.	„	4·—	(16)
„ „ 1931 r.	„	7·50	(30)
„ „ 1936/7 r.	„	10·—	(16)

Pojedyńczy numer Pol. Stom. począwszy od 1923 r. w cenie zniżonej o 40%

Komplety roczników Pol. Stom. począwszy od 1923 r. w cenie zniżonej o 40%.

B.

Prace prof. Cieszyńskiego

ceny zniżone od 40%—65% od ceny pierwotnej podanej w klamrach

Zwiększenie wydajności pracy, 1932, stron 144, ryc. 30	zł.	5·—	(20)
Stan lekarski, 1928, str. 62, ryc. 51	„	2·50	(10)
Ropowice szczękowe, 1931, str. 198, ryc. 130	„	10·—	(25)
Leczenie energią promienną złośliwych nowotworów języka i szczęki, 1932, str. 49, ryc. 38	„	3·—	(9)
Znieczulenie pni nerwu trójdzielczego, 1933, str. 46, ryc. 41	„	3·—	(9)
Die Erweiterung der Zahnärztl. Ausbildung zum Stomat. Studium 1936, str. 117, ryc. 19	„	4·—	(7)
Roentgenologia, podręcznik niemiecki 1926, str. 434, ryc. 643	„	50·—	(80)
Die Entwickelung und Formgestaltung der Zähne vom statischen Gesichtspunkte, 1936, str. 36, ryc. 15	„	3·—	(5)

C.

3 odbitki z poniższego wykazu à 1 zł.

Allerhand H.: Publicystyczna i społeczno-zawodowa działalność prof. Cieszyńskiego

Andresen V.: Pato-histo-geneza naszkliwia a rozpoczynająca się próchnica nabłonka szkliwnego

Appleton J. L. T.: Kontrola bakteriologiczna leczenia zakażeń okołowierzchołkowych

Asgis J.: Zastosowanie zasady ulotropsji w leczeniu ropotoku

Atlas K.: „Nateina" Ilopisa. Nowy środek leczniczy skaz krwotocznych

Beretta A.: Odżywczo-drobnoustrojowa teoria próchnicy i obecny stan badań nad próchnicą

Coen-Cagli: Przyczynek do radiologii stomatologicznej

Cybulski W.: Stomatitis bismutica

Dobrzaniecki W.: Plastyki twarzy

D o b r z a ń s k i A.: O połkniętych protezach zębowych jako ciałach obcych przełyku oraz ich wydobywanie zapomocą ezofagoskopii

G o m b i ń s k i J.: Diatermia w stomatologii

G o r c z y ń s k i H.: Cztery przypadki zgorzeli w jamie ustnej przy białaczce

G r u c a A.: Przyczynek do kazuistyki guzów jamy nosowo-gardzielowej

G u y W.: Kilka spostrzeżeń o uśpieniu

G r a t z i n g e r M.: Diagnostyka roentgenologiczna próchnicy i jej znaczenie praktyczne

H a d e r u p E.: Separacja zębów przy wypełnieniach aproxymalnych

H a b e r G.: Przyczynek do odontoplastyki

H i l a r o w i c z H.: Zagadnienia nowoczesnej techniki znoszenia bolu przy operacjach ze szczególnym uwzględnieniem chirurgii głowy i szyi

H u e t E.: O wiertarkach elektrycznych

J a c c a r d R.: Walka z próchnicą środkami wewnętrznymi

J a n k o w s k i M.: Nowy model protezy po całkowitej resekcji szczęki górnej

J a r z ą b J.: Rany cięte i wypalane w jamie ustnej

J e s e n s k y' J.: O ameloidowej tkance na korzeniach zębowych

L i p p e l G.: Nieco o zgryzie

M a m l o k: Czy w przyszłości hygiena jamy ustnej oprze się na podstawach biologicznych?

M e l c h i o r M.: Rozmaite postaci zapalenia kości pochodzenia zębowego

M o r e l l i G.: Paradoksalna reakcja termiczna — próbą dobrze wykonanego znieczulenia żuchwowego

M u z i E.: Znaczenie zmian zębowych wywołanych kwasami

N o r d Ch. F. L.: Nowe perspektywy w ortodoncji

O t t e s e n I.: O zaburzeniach w krążeniu w miazdze zębowej i jej następstwach

P a l l a z z i S.: Wyleczenie przewlekłych zapaleń ozębnych szczytowych z wytworzeniem torbieli zapomocą terapii koloidowej

P a r m a C.: Znaczenie budowy tkanki kostnej dla enoralnej techniki roentgenowskiej

P i p e r n o A.: Zapalenie stawu barkowego i kolanowego w następstwie ogniska septycznego okołozębowego

P r i n z H.: Przykra woń z ust — przyczyny i zapobieganie

I v y R. H. i E n n i s L. M.: Technika roentgenograficzna przy diagnostyce złamań szczękowych

R i h a F. H.: O torbielach szczękowych bez powodującego zęba

S a l a m o n H.: Ogólne wskazania dostawek

S z a b ó J.: Zmiany histologiczne błony śluzowej

S z y m o n o w i c z J.: Przyczynek do kosmetycznego zaopatrywania obustronnych bocznych szczelin wargi górnej

T e l l i e r J.: Rozważania dawniejsze i nowsze z dziedziny patologii ogólnej chorób dziąsłowo-zębowych

W i l g a H.: W sprawie uchyleń w wyrzynaniu się zębów stałych

Z e m s k y J. L.: Zabieg otwarty przy daleko posuniętych przypadkach periodontoklazji oparty na zasadach Cieszyńskiego

Z e ń c z a k M.: Spostrzeżenia kliniczne nad metalem Wipla i jego stosowaniem w aparatach regulacyjnych

CENNIK

za zabiegi stomatologiczne, uchwalony przez Okręgową Izbę Lekarską we Lwowie.

CZĘŚĆ I.

1.	Konsultacja w pokoju ordynacyjnym	od 10	zł.
2.	Konsultacja u pacjenta w domu	od 20	„
3.	Wyjęcie zęba	od 10	„
4.	Wyjęcie zęba połączone z separacją korzeni lub ich wydłutowaniem	od 20	„
5.	Zdejmowanie kamienia nazębnego (od każdego posiedzenia)	od 6	„
6.	Wypełnienie z porcelany plastycznej lub amalgamowe	od 10	„
7.	Wypełnienie cementowe	od 6	„
8.	Leczenie miazgi zębowej	od 10	„
9.	Zdjęcie roentgenologiczne śródustne	od 10	„

CZĘŚĆ II.

1.	Wypełnienie złote lane	od 20	„
2.	Wypełnienie porcelanowe, wypalane	od 50	„
3.	Korona złota	od 25	„
4.	Złoty człon w mostku	od 25	„
5.	Ząb Richmonda	od 30	„
6.	Korona porcelanowa wypalana	od 120	„
7.	Dostawki kauczukowe, do 7 zębów, od zęba	od 6	„
8.	Dostawki kauczukowe, powyżej 7 zębów, od zęba	od 5	„
9.	Naprawa pękniętej dostawki kauczukowej	od 5	,,

CZĘŚĆ III.

1. Zabiegi nieobjęte niniejszym cennikiem podlegają specjalnej umowie.

2. W wyjątkowych wypadkach, zasługujących na szczególne uwzględnienie, przysługuje lekarzowi prawo udzielenia odpowiedniego opustu, nie przekraczającego 50%, **ale tylko w stawkach, wyszczególnionych w części I-szej** niniejszego cennika. Za zabiegi wyszczególnione w części II-giej opustu żadnego udzielać nie wolno. *)

3. Stawki niniejszego cennika obowiązują na terenie miasta Lwowa. Na prowincji może być stosowany powyższy cennik o 25% niższy.

4. Cennik niniejszy uważać należy za minimalny.

5. Cennik powyższy przyjął i zatwierdził Zarząd Okręgowej Izby Lekarskiej we Lwowie, na posiedzeniu Zarządu w dniu 2. lipca 1935, do czasu pojawienia się urzędowego cennika, wydanego przez właściwe władze Wojewódzkie. (Pismo Izby lekarskiej lwowskiej l. 1655/35 z dn. 3. lipca 1935).

*) UWAGI:

1. Określenie minimum w cenniku jest równoznaczne z pokryciem własnych kosztów utrzymania ordynacji i materiałów zużytych i nie obejmuje wogóle wynagrodzenia za czynności lekarskie.

2. Każde przekroczenie granicy dolnej cennika uważane jest jako postępowanie kolidujące z etyką i solidarnością lekarską. Natomiast pozostawia się lekarzowi możność wykonywania zabiegów zupełnie bezpłatnie.

We Lwowie, dnia 16. października 1935 r.

ZA ZWIĄZEK STOMATOLOGÓW IZBY LEKARSKIEJ LWOWSKIEJ:

Dr. H. Berger, sekretarz — *Prof. Dr. A. Cieszyński*, prezes

Dr. H. Allerhand, wiceprezes — *Dr. M. Jankowski*, wiceprezes i przew. Kom. Deont.

„ARPA" Nr. 12. Tom I

Organ Polskiego Zespołu ARPA

Redakcja: Prof. Cieszyński, Dr. Allerhand i Dr. Pietrzycki.

Dr. med. Le NORCY. RENNES.

PARODONTOSIS — PRZYZĘBICA — SCHORZENIE PRZYZĘBIA[1]). ZABURZENIA NERWOWO-WKREWNO-GRUCZOŁOWO-SOKOWE.

W roku 1935 [2]) spróbowaliśmy wskazać na niedomogę wątroby jako na czynnik chorobotwórczy w schorzeniach przyzębia.

W roku 1936 [3]) powracamy do tego zagadnienia aby wykazać, że źle pracująca wątroba powoduje zaburzenia czynnościowe w innych gruczołach wkrewnych pod względem anatomicznym, fiziologicznym, lub w współpracy czynnościowej z wątrobą.

Żaden narząd (popadając w rozstrój czynnościowy) nie potrafi bardziej od wątroby spowodować zamięszania w innych gruczołach i innych układach związanych ze sobą fiziologicznie bezpośrednio lub pośrednio i odwrotnie żaden nie jest bardziej wystawiony na oddziaływanie, gdy one wadliwe pracują. [4])

Przypadki schorzenia przyzębia były o wiele cięższe, gdy do schorzenia wątrobowego dołączyły się choroby innych gruczołów wkrewnych, które pośrednio lub bezpośrednio współpracują z wątrobą.

Przytoczyłem 12 osobistych spostrzeżeń dotyczących cukrówki, schorzenia gdzie wątrobą i trzustka stanowią główną przyczynę, przy czym schorzenia przyzębnej doznało poprawy po zastosowaniu leczenia dopełniającego z wyciągów wątrobowych.

W jednym przypadku schorzenia przyzębia [5]) z marskością przerostową

[1]) Terminu „przyzębica" odpowiadającego łacińskiemu określeniu „parodontosis" nie użyto w tłumaczeniu referatu niniejszego aby przed wprowadzeniem go do użytku powszechnego wysłuchać opinii ogółu lekarsko - dentystycznego.

[2]) G. Le Norcy. Ropotok i niedomoga wątrobowa. (Kongres Narodowy w Brukseli. Sierpień 1935).

[3]) G. Le Norcy. Rola gruczołów wkrewnych w ropotoku zębodołowym. (12-ty dzień dentystyczny Paryża. 21—21. XI 1935).

[4]) G. Le Norcy. Ropotok zębodołowy i gruczoły wkrewne. (13-ty dzień dentystyczny. Paryż 26—29. XI. 1936).

[5]) Komunikat przedłożony VI Kongresowi ARPY międzynarodowej w Kopenhadze. 16—19 sierpnia 1937.

wątroby, z wielką śledzioną i w 4 przypadkach u byłych kolonistów (Afryka równikowa i Afryka zachodnia francuska) z wielką śledzioną, z których dwoje było chorych na ciężką postać zimnicy a wszyscy czterej wykazywali schorzenie przyzębnej, zauważono poprawę w ich stanie ogólnym jak również z punktu widzenia ich schorzenia przyzębia po zastosowaniu leczenia wątrobowo - żółciowego. Badano 8 kobiet dotkniętych schorzeniem przyzębia i ciężkimi postaciami choroby Basedowa (z szybkoskurczem serca, stanami nerwowymi i wytrzeszczem gałek ocznych.

Istotnie wiemy, że schorzenie to spotyka się o wiele częściej u kobiet niż u mężczyzn, ponieważ u kobiet gruczoł tarczykowy jest ustawicznie w stanie podniecenia fiziologicznego.

One były równocześnie dotknięte zmianami chorobowymi ze strony wątroby: (wielką wątrobą, stanem podżółtaczkowym).

Otrzymywaliśmy zawsze znaczną poprawę w schorzeniu przyzębia, kiedy stosując leczenie tarczycowe (surowicą zwierzęcia pozbawionego tarczycy, roztworem Lugola) podawano lekkie środki czyszczące i lecznictwo dopełniające (opoterapię wątrobową) pod postacią wyciągów z wątroby i diety owocowo-jarskiej co dowodzi współdziałania czynnościowego i chorobowego wątroby i tarczycy.

Zresztą Curschmann zauważył (Klin. Woch. schrift 24. 622), że w państwach centralnych obostrzenia w spożywaniu mięsa podczas wojny odpłaciły się bardzo wielką rzadkością schorzenia Basedowa.

Przytoczyliśmy również 3 przypadki schorzeń przyzębia u 3 mężczyzn z akromegalią z wielką wątrobą co należy do reguły w tej chorobie.

Przebieg schorzenia przyzębia doznawał zawsze poprawy po zastosowaniu leczenia dopełniającego wyciągami z wątroby i dietą oszczędzającą wątrobę.

W końcu przytoczyliśmy 15 spostrzeżeń schorzeń przyzębia, z których 5 dotyczyło kobiet w latach od 35—45 z zaburzeniami czynnościowymi ze strony jajników (brak miesiączki, nieregularne, bolesne) i 10 przypadków u kobiet poza 50-ką i w okresie braku krwawień miesięcznych. Większość tych kobiet cierpiała na kolkę wątrobową.

Przebieg schorzenia przyzębia doznawał zawsze poprawy, niekiedy prawie wyleczenia, jeżeli wolno użyć takiego wyrażenia w stosunku do schorzeń przyzębia, stosując dietę owocowo - jarską mniej lub więcej ścisłą, wspomaganą lecznictwem wątrobowo - żółciowym.

Współpraca czynnościowa między wątrobą i jajnikiem jest jeszcze widoczniejsza niż między wątrobą i innymi gruczołami wkrewnymi.

Kolki wątrobowe spotyka się o wiele częściej u kobiet niż u mężczyzn.

Zaburzenia w miesiączkowaniu i opóźnienia spotyka się u kobiet z małymi wątrobami wrodzonymi.

Miesiączkowania są zaburzone i opóźnione przy małych wątrobach wrodzonych.

Parturier wykazał w statystyce wypośrodkowanej (interferometrique) sporządzonej przez Dumptá, że na 22 chorych z zaburzeniami czynnościowymi wątroby 18 to jest 81% wykazywało również wartość przeciętną podniesioną dla jajnika.

Jest faktem, (który przyjmują zgodnie wszyscy badacze), że schorzenie przyzębnej nie rozwija się w sposób jednostajnie postępujący, lecz że powstaje ono wybuchowo, nagle.

Czy jednak miesiączkowanie wyraża się tylko przekrwieniem śluzówki macicy i nawet całego narządu czy też przekrwieniem sąsiedztwa umiejscowionego w małej miednicy; najróżnorodniejsze narządy biorą udział w tym przekrwieniu.

Daje się to szczególnie zauważyć na poziomie dziąseł, które u niektórych kobiet w okresie miesiączkowania wykazują stany nieżytowe. Innym razem w ciągu całego okresu wyrzynania się zębów mądrości, miesiączkowaniu towarzyszą stany zapalne.

U dotkniętych schorzeniem przyzębia w tych samych okresach pojawiają się na poziomie dziąseł stany przekrwienia.

Według Boissiera (1) follikulina byłaby z punktu widzenia chemicznego blisko spokrewniona z cholesterolem i innymi związkami pobudzającymi hormon jajnikowy, i które są równocześnie czynnikami powodującymi przekrwienia i procesy rogowacenia.

Każdy postęp schorzenia przyzębnej odpowiadałby podług niego poważniejszemu uszkodzeniu prawidłowej przemiany cholesterolu, co tłumaczyłoby częstość występowania u osób ze schorzeniem przyzębia astmy, kamicy, migreny, cukrzycy, reumatyzmu.

To co Boissier nazywa zbiegiem okoliczności dla nas jest omal ogólnym prawidłem. U wszystkich kobiet ze schorzeniem przyzębnej i z nieprawidłową czynnością jajnikową spotykamy zawsze oznaki mniej lub więcej uznawane za przyczynę rozmaitych schorzeń przy niedomodze wątrobowej, odpowiadającej w przeważnej części hypercholesterolemii, hyperazotoemii, hyperglykemii, na co cierpią chorzy ze schorzeniem przyzębia, których soki wykazują zawsze nadmiar cholesterolu, cukru, kwasu moczowego, kwasu szczawiowego i t. p.

Zauważyłbym również, że obecnie nikt nie myślałby więcej przypisywać schorzenie przyzębia jedynie błędowi zgryzu. Można również powiedzieć, że jeżeli chodzi o wpływ drobnoustrojów na etiologię i patogenezę tego schorzenia wtedy jest obojętne czy drobnoustroje dostają się do dziąseł drogą zewnętrzną czy zaniesione są drogą naczyń krwionośnych do dziąseł, które je wydalają.

Schaer[1]) z Genewy chciał sprawdzić tę teorię, na podstawie której dziąsło służyłoby jako droga oczyszczania z zakażenia z odległości. Zastosował on w 8 przypadkach posiew krwi.

Posiewy nawet po wielu dniach pozostawania w cieplarce były zawsze jałowe.

Żadne z drobnoustrojów, znajdujących się w wielkiej ilości na dziąśle, nie są specyficzne i nie potrafiły wytworzyć stanu przypominającego klinicznie schorzenie przyzębnej. Zresztą drobnoustroje znajdują się wszędzie gdzie komórki są uszkodzone, w stanie mniejszej odporności jak we wrzodach stóp (mal perforant plantaire) w strupach odleżyny, w wypryskach.

---

[1]) E. Schaer. Recherche sur l'état local et géneral de quelques malades atteints de paradentose. (13è journées dentaires. Paris 26—29 Nov. 1936).

Podobnie rzecz się ma w większości przypadków zapalenia dziąsła i jamy ustnej. Stany te zapalne powstając na tle różnorodzajowej flory bakteryjnej, niekiedy specyficznej, zatrzymują się w stanie nieżytu lub przechodzą one w owrzodzenia, zgorzele, zależnie od odporności lub niedomogi podłoża.

Rozumie się samo przez się, że zły stan dziąseł podtrzymywany przez kamień nazębny będzie czynnikiem dodatkowym schorzenia przyzębia, ale sam, u osobnika bez skłonności, potrafi tylko wywołać stan zapalny dziąsła. Takie zapalenia dziąseł leczą się dobrze, skoro tylko usunie się kamień nazębny, przyczynę uszkodzenia.

Podobnie można omówić stany zapalne dziąseł na tle zatrucia rtęcią, rozpoczynające się zawsze na brzegu uszkodzeń zębowych.

U noworodków, które nie mają jeszcze zębów albo dzieci, które mają pełne uzębienie, może przyjść do ciężkiego zatrucia rtęcią, nawet śmiertelnego nie wywołując stanu zapalnego dziąseł.

Ale tu uszkodzenie samo w sobie nie ma nic specyficznego, zależne jest od różnorodności flory bakteryjnej jamy ustnej, rozwijającej się na komórkach, których odporność zmniejszyła się przez wydalanie rtęci w ilości wystarczającej do ich uszkodzenia, ale nie do ich odkażania. I w rzeczywistości skuteczność leczenia po ustąpieniu działania rtęci polega na kąpielach jamy ustnej cyankiem rtęci.

Schorzenie przyzębia jest spowodowane czynnikiem wewnętrznym. Jest ono zagadnieniem miejscowym.

Olbrzymia większość badaczy uważa schorzenia przyzębia jako zależne od szczególnego stanu ogólnego. Byłaby ona wyrazem pewnego zboczenia, odchylenia organizacji ustrojowej (konstytucjonalnej).

Broderick uważa schorzenia przyzębia jako zaburzenie konstytucjonalne, które charakteryzuje przede wszystkim zaburzenie równowagi kwasowo - zasadowej odchylając się od strony zasadowości.

Weski sądzi, że w etiologii schorzeń przyzębia przeważają przyczyny pochodzenia wewnętrznego, przyczyny zewnętrzne są tylko dodatkowe.

Zdaniem Jaccarda z Genewy schorzenie przyzębia jest zagadnieniem podłoża i z tego względu przyczyny miejscowe okazują się tylko jako wtórne.

We Francji Hulin przyjmuje jako przyczynę tego schorzenia pewien stan zwichnięcia równowagi jonowej, niestałość soków ustrojowych u osobników wrażliwych, uczulonych.

Schorzenie przyzębia przedstawia objawy miejscowej przeczulicy podobnie do objawu ARTHUSA. Kamień nazębny odgrywa ważną rolę przez zatrzymywanie białek obcogatunkowych pochodzenia drobnoustrojowego lub innego u osobników wrażliwych.

Bader dopatruje się w schorzeniu przyzębia pewnej zasadowości w ogólności, która wyraża się niestałością soków ustrojowych ze skłonnością do przypadłości wstrząsowych.

Streszczając się, wszyscy badacze, niezależnie jakimi szli drogami, przyjmują, że w zagadnieniu schorzeń przyzębia należy widzieć zagadnienie podłoża. Podłoże to odziedziczyliśmy po naszych przodkach (gdyż jesteśmy zakończeniem nieskończonej mnogości istnień poprzednich) ale to środowisko, w którym żyjemy może zmienić się i w rzeczywistości zmienia się ono nieustan-

nie. Najnowsze wiadomości o uczuleniu, wstrząsie, nagłym zaburzeniu w równowadze koloidów soków ustrojowych (colloidoclasie), o uczuleniu (allergie) skłoniły nas do myślenia, że objawy i uszkodzenia mogą zależeć w mniejszym stopniu od zarodzi niż do odczynu podłoża.

Skłonność chorobowa nie streszcza się zupełnie w niedomodze czynnościowej. Każda tkanka przedstawia przeciwnie swą drażliwość własciwą, którą stanowi podłoże odczynnowe.

Podłoże, które otrzymaliśmy z chwilą naszych narodzin w długiej linii przodków może okazywać braki. Można je przy dobrze pojętej i odpowiednej higienie znacznie poprawić. Odwrotnie może ona pod wpływem różnych czynników szkodliwych utracić swoje względem choroby dobre właściwości odpornościowe, które ono posiadało z naszym przyjściem na świat.

Podłoże to może się również zmienić nie tylko dzięki wpływom chorobowym z jednej strony a z drugiej dzięki dobrej higienie, ale może również doznać poważnej odmiany pod wpływem klimatu, słońca. Leriche zauważył, że osobnicy typu śródziemnomorskiego przeniósłszy się do Stanów Zjednoczonych przedstawiają w końcu rozwoju pokoleń czysty typ Jankesów.

Francuzi, którzy wyemigrowali do Niemiec w 17 wieku w czasie cofnięcia edyktu nantejskiego stali się Niemcami stu procentowymi.

W każdym razie, pomimo tych odmian pod względem niedoboru czy odporności, każdy z nas zachowuje zawsze swoje szczególniejsze podłoże, dzięki czemu odpowiada ono stale w formie sobie właściwej, w sposób osobisty na wszystkie ataki zewnętrznego środowiska, albowiem jak to powiedział Spinoza „każde jestectwo dąży do utrwalenia swojego istnienia w swoim bycie i w swoich zwyczajach.

F. W. Broderick uważa schorzenie przyzębia jako próchnicę zębową, objawy jakiegoś zaburzenia konstytucjonalnego, pojedynczy wypadek zaburzenia równowagi kwasowo - zasadowej krwi.

Kwasy skłaniają do próchnicy, zasady do schorzeń przyzębia.

Te zamiany są regulowane przez układ nerwowy roślinny.

W gruźlicy na przykład chory sympatyko-tonik przedstawia uszkodzenia typu destrukcyjnego, wago-tonik będzie miał uszkodzenia **typu włóknistego.**

Leriche i Policard wskazali, że odwapnienie i kostnienie zależą od samego początku od zwiększonej czynności krążenia i zastoju krwi.

Broderick na podstawie 100 przykładów obserwowanych w sanatorium w Bornemouth zauważył w grupie z próchnicą mniejsze wzrosty ze zwiększeniem przemiany materii, oddziaływania i przepuszczalności naczyń krwionośnych, zwiększenie wapnia w stosunku do potasu, większą kwasotę, zmniejszenie zarysów ziarnek proteinowych w układzie koloidowym.

W grupie schorzeń przyzębia autor zestawia za to następujące objawy: nadmierny wzrost, zmniejszenie przemiany materii, zmniejszenie przepuszczalności naczyń naruszenie stosunku wapnia i potasu ze zmniejszeniem Ca., wreszcie zwiększenie zasadowości i zarysu ziarnek proteinowych.

Wagotonia (napięcie układu błędnego) ma dążność do tworzenia zasadowości. Poza tym gruczoły przytarczyczne wytwarzają hormony, które sprzyjają zwiększonemu napięciu układu błędnego.

One przyczyniają się nie tylko do utrzymania w obiegu i w pewnym stężeniu wapnia niezbędnego dla równowagi soku ustrojowego ale także dla równowagi układu nerwowo - wegetatywnego.

U mężczyzny J. Tinel i D. Santenoise[1]) podkreślili zdolność osobników vagotonicznych do okazywania zaburzeń krwi w składzie kolloidów str. 9.

L. Garrelon i D. Santenoise wykazali doświadczalnie na psie i króliku, że stan napięcia układu błędnego towarzyszy pewnej szczególnej wrażliwości na urazy białkowe. Odrobina wagotoniny powoduje powiększenie w wysokim stopniu napięcia pochwowego i jej pobudliwość odruchową.

Wagotoninę stosowano zresztą zupełnie pozbawioną insuliny i uwolnioną od wszelkiego zanieczyszczenia działającego wstrząsająco lub o działaniu hypotonizującym gwałtownym i bezpośrednim.

Autorowie zastrzykiwali na ślepo zwierzętom z obniżoną wagotonią i nieotrzymującym poprzednio żadnego zastrzyku wagotoniny, 2 Cgr. na kilo wagi ciała białko włóknikowe, bez wstrząsu lub z wstząsem minimalnym. Tasama dawka w drugiej serii psów przedstawiających podwyższoną wagotonię z powodu zastrzyku poprzedniego wagotoniny wywołała poważny wstrząs zarówno pod względem nasilenia jak i trwania.

Rzecz ciekawa, że to zwiększenie wrażliwości na wstrząs białkowy w związku z przydziałem wagotoniny nie zbiega się z powiększeniem wrażliwości pochwowej ale zdaje się jest równoczesne ze zmianą środowiska soków ustrojowych (podniesienie PH. obniżenia Ca starego i zwiększenia obiegu K, który się ustala i zaznacza postępująco w następstwie działania wagotoniny.

Do pewnego stopnia tłumaczy to wrażliwość wagotoników lub wstrząs anafilaktyczny, lub podobny do anafilaktycznego.

Wyjaśnia to pewne wypadki spostrzegane w klinice po stosowaniu wyciągów wagotonizujących w szczególności w niedomodze wątrobowej, gdy chorzy w toku leczenia mieszają pewne pokarmy jak jaja lub ryby, zdolne wywołać przeczulice pokarmowe (anafilaksje alimentarne).

Które narządy kierują utrzymaniem całości naszego podłoża?

Bader zauważył faktycznie równowagę kwasowo - zasadową lub dokładniej wyrażając wahanie kwasowo-zasadowe jest najwidoczniejsze z tych rytmów wahających (oscylujących), które znamionują podłoże.

Trzy narządy: wątroba, nerki, płuca wydalają albo przekształcają kwasy powstałe z przemiany materii osobnika. Jony H kwaśne są zastępowane przez jony OH zasadowe lub odwrotnie zależnie od potrzeb organizmu.

Niewątpliwie, że rola płuc jest badzo ważna. Płuco pozostaje w stałej łączności ze środowiskiem zewnętrznym. Dobrze wiemy, że żywa materia oddziaływa na nieznaczne odchylenia natężenia jonów H i OH, to jest kwasoty i zasadowości jonowej środowiska.

Zwiększenie ilości CO_2 rozpuszczonego we krwi oznacza zwiększenie jonów H, zwiększenie CO_2 oznacza zwiększenie stężenia jonów OH.

Ośrodek więc oddechowy jest pod tym względem nadzwyczaj czułym,

[1]) D. Santenoise, L. Merklen et Vidacovitch vagotonie et choc peptonique. Société de Biologie (18 Mai 1936).

punktem organizmu, to jest na rozmaite stężenia jonów H i OH, odpowiada ośrodek oddechowy przez zmianę przewietrzania płucnego.

Co się tyczy nerek to one utrzymują napięcie osmotyczne lub stężenie drobinowe surowicy krwi. Wraz z płucem biorą one udział po największej części w mechaniźmie wyrównawczym stężenia jonów H we krwi.

To uwalnia ustrój od jego odpadków.

Ale regulatorem czynności nerek, płuc jest układ nerwowy, który działa w pełnej współpracy czynnościowej z układem wkrewnym i wątrobą, naszym głównym gruczołem wkrewnym.

Układ nerwowy.

Układ nerwowy jest najpotężniejszym czynnikiem ożywiającym. On porządkuje wszystkie czynności. On zapewnia utrzymanie podłoża w stanie zabezpieczonym od ataków.

Pierwotną przyczyną schorzeń jest stan wrażliwości podłoża, którego układ nerwowy stanowi naturalną obronę.

Rola układu nerwowego polega nie tylko na zabezpieczeniu ciągłości naszego istnienia przez powiązanie naszych różnych narządów, jego zadaniem jest także podtrzymywać to co słabnie, powodować umiar, gdy coś zmierza do nadużycia swej czynności.

Ustawiczna stała łączność komórek nerwowych z rozmaitymi narządami pozwala im na stały nadzór.

Układ nerwowy organizuje obronę, mobilizuje ciałka białe, komórki tkankowe (histiocytes) pobudza gruczoły wydzielnicze w chwili dokładnie określonej albo gdy tego zachodzi potrzeba.

Co więcej, jest dążność do uważania układu nerwowo-wegetatywnego nie za układ odosobniony ale jako układ rozlegle związany czynnościowo, anatomicznie z sokami ustrojowymi.

Fiziologia i patologia wydzielań wewnętrznych wraca napowrót do systemu soków ustrojowych, a niektórzy autorowie uważają układ nerwowo-wegetatywny jako człon (element) rozległego urządzenia nerwowo-wkrewno-sokowego.

Działalność regulująca nerwowa jest częścią działalności regulującej soków.

Z czynności układu nerwowego wegetatywnego najważniejsza jest czynność naczyniowo-ruchowa na co wskazali Leriche i Policard jako na pierwotnie początkowy ważny czynnik w zjawiskach wapnienia i odwapnienia.

Wątroba i układ nerwowo-wegetatywny.

Obecnie, kiedy nie znamy jeszcze dokładnie mechanizmu wątroby, rola jej zdaje się najważniejsza okazuje się w odporności, przeczulicy (anaphylaxie), uczulicy (allergie). Nieznoszący (intolérants) przedstawiają stale znamiona przekrwienia wątrobowo-nerkowo-śledzionowego.

Wątroba podlega wpływom dziedziczenia w stopniu wyższym niż każdy inny narząd. Więcej niż każdy inny narząd wątroba wpływa na konstytucję podłoża wrodzonego.

Nie należy zapominać, że jeżeli u dorosłego stosunek pojemności i wagi wątroby do reszty ciała jest jak 1 : 40, u zarodka jednomiesięcznego jest jak 1 : 1. Opierając się na tym fakcie możnaby omal powiedzieć, że zarodek jednomiesięczny jest wątrobą okoloną innymi tkankami.

Z drugiej strony żyła pępkowa dostarcza wątrobie całą krew tętniczą, którą zbiera w sieci łożyskowej.

Wątroba działa w stałej współpracy czynnościowej z układem nerwowo-wegetatywnym.

Aby wykazać związek wagotoniny z wątrobą D. Santenoise[1]) i jego współpracownicy stosowali po otwarciu jamy brzusznej zastrzyki wagotoniny w dawkach stopniowo zwiększanych do żył wśródtrzewiowych (mésoraiques) bez objawów zmian czynnościowych. Dawki te mogły dochodzić aż do 2—3 cgr pro Klg. zwierzęcia wagotoniny bardzo czystej. Te więc zwierzęta, u których poprzednio stwierdzono wrażliwość względem wagotoniny wykazywały ciężkie zaburzenia kiedy im zastrzykiwano tę substancję do żyły szyjnej albo do żyły safeny.

Wagotoninę zatrzymała więc wątroba. Tymczasem gdy się przekroczy pewną dawkę (3—5 cgr pro Klg.) zapora wątrobowa może być pokonana.

Autorowie mogli sobie równocześnie zdać sprawę, że pojemność zatrzymywania tego hormonu przez wątrobę jest dość rozmaita zależnie od zwierzęcia, ale możność zatrzymywania wagotoniny istnieje u wszystkich.

Te doświadczenia wskazują, że wagotonina skierowana drogą żyły wrotnej to znaczy fiziologicznie, może być zatrzymana przez wątrobę całkowicie lub częściowo, zależnie od zawartości wagotoniny we krwi wrotnej.

Przez macerowanie i wyciąg wodno - alkoholowy według skali procentowej alkoholu niższej do 80% (granica rozpuszczalności wagotoniny) można wydobyć z wątroby znaczne ilości tej substancji.

Wagotonina posiada wszelkie własności hormonu, jej obecność jest stała we krwi tętniczej, wątroba zaś ją zatrzymuje aby ją niszczyć, lub aby regulować jej wydatkowanie.

U zwierząt, które otrzymały przez drogi śródtrzewiowe jakąś dawkę wagotoniny nie wywołującej żadnej zmiany czynnościowej w układzie wegetatywnym dostarczanie małych dawek adrenaliny, dawek fiziologicznych $^{1}/_{400}{}^{0}$—$^{1}/_{200}{}^{0}$ pro Klg.) powoduje na ogół zwiększenie wrażliwości odruchowej pochwowej, zwolnienie uderzenia sercowego i obniżenie powolne i postępujące ciśnienia tętniczego, przez zwolnienie wagotoniny zatrzymanej poprzednio przez wątrobę.

U zwierząt pozbawionych trzustki, po dostatecznie długim okresie czasu aby one nie posiadały więcej zapasów wagotoniny w wątrobie, nie spotyka się nigdy wyników zespołowych.

Można przecież wyobrazić sobie, że nadmierna ilość adrenaliny we krwi jest zdolna do wywołania odciążenia wagotoniny złożonej jako zapas w wątrobie.

Jest to ten sam mechanizm, jaki występuje gdy w następstwie silnego ucisku i przedłużonego gałek ocznych u zwierzęcia z wielkimi zasobami wagotoniny w wątrobie, powstaje zwiększenia wrażliwości odruchowej pochwowej.

---

[1]) D. Santenoise, L. Merklen, C. Franck, R. Gradpierre, M. Vidacovitch Société de Biologie (28 Mars 1936).

Wątroba zdaje się spełnia więc ważną rolę w zatrzymywaniu i magazynowaniu wagotoniny wydzielanej przez trzustkę, i w regulowaniu przez pozbywanie się tego hormonu pod wpływem różnych czynników a w szczególności adrenaliny, stopnia braku wagotoniny i pośredniczenie więc w usprawnieniu i działalności układu organo - wegetatywnego.

Wynika to również z badań Goebelá [1]) że stan wagotonii jest związany z powiększeniem zasobów alkalicznych krwi.

Wątroba.

Dawniej wątroba była przede wszystkim przedmiotem rozważań jako narząd wytwarzający żółć. Wytwarzanie żółci, barwików i soli, następnie cholesteryny były przez długi czas jedynie przedmiotem badań fiziologów. Pojawiły się pamiętne badania Cl. Bernarda aby uwzględnić jej czynność wewnętrzną t. j. zatrzymywanie glykogenu i wytwarzanie cukru, do czego zaczęły się dołączać stopniowo wytwarzanie mocznika, czynność siarkowania, zobojętnianie substancyj trujących, ich rozmieszczanie, ich przemiana, równowaga białkowa (proteopecie) a nadewszystko wytwarzanie substancyj pożytecznych do utrzymania narządów i tkanek. Wątrobie zawdzięczamy istotnie ochronę naszego organizmu, zapewnienie naszej równowagi odżywczej i przyrządzenie dla każdej komórki tego co będzie jej głównym zaczątkiem lub jej hormonem właściwym.

Do tej pracy godnej wielkiego chemika, ekonomisty umie użyć całej sprawności komórek o różnorakich siłach i również swoich licznych zaczynów, lipazy, amylazy, oxydazy, reduktazy.

Wątroba spełnia równie dobrze inne czynności, nadto więcej szczególną czynność mechaniczną, hydrauliczną, krążeniową.

Rozległa gąbka naczyniowa, najmniejsze zaburzenie w krążeniu pociąga za sobą zastoiny i przekrwienia.

Układ nerwowo-wegetatywny rządzi jej różnymi czynnościami komórkowymi i mechanicznymi.

Jej zrąb tkanko - łącznowy obfituje w układ siateczkowo - śródbłonkowy spojony najściślej z takim układem śledziony i związany z nią.

Wątroba jest naczelnym stróżem naszej równowagi czynnościowej.

Wartość roli odtruwającej wątroby jest znana od dawna. Od roku 1926 opublikowano liczne prace japońskie pod kierownictwem prof. Sato na królewskim uniwersytecie w Tokio na temat mechanizmu czynności odtruwającej wątroby i „yakritonu“.

Substancja ta chemicznie nieokreślona byłaby hormonem przeciwjadowym. Substancja ta znosi zagotowanie nie tracąc na swojej sile. Zbadano wiele zatruć pochodzenia wewnętrznego lub zewnętrznego, również jady pewnych drobnoustrojów. We wszystkich tych przypadkach Yakriton okazywałby się czynny.

Hormon ten zmieniałby też nasycenie CO_2 we krwi i zapasy zasadowe. Rozmaite doświadczenia wykazały, że yakriton wywoływałby uruchomienie witaminu B. Jego działalność możnaby porównać z działalnością katalizatora.

Działalność jego zapobiegawcza i lecznicza w stanach zapalnych nerek w płonicy wskazuje na wpływ wątroby na nerki.

---

[1]) F. Goebel Pol. Arch. Méd. Verun. 1931.

Jej działalność okazuje się również „błyskawicznie“ przeciwko jadom pewnych wężów jadowitych.

W schorzeniach przyzębnej gdzie nadmiar jadów wytworzonych przez organizm nie jest dostatecznie zniszczony przez wątrobę, organizm pozbywa się tych trucizn przez dziąsła.

Stan zapalny dziąsła ułatwia opuszczenie trucizny. Wyjście trucizny powoduje stan zapalny dziąsła. Mamy więc istotne błędne koło.

Unerwienie okolicy przyzębnej.

Z 12 par nerwów czaszkowych bądź ruchowych bądź czuciowych 10 nerwów unerwia wyłącznie odcinek głowowy.

Pomiędzy tymi nerwami, jeden z nich, trójdzielny jest szczególnie przeznaczony do unerwiania systemu ustno - zębowego.

Jest rzeczą możliwą, że ten nerw posiada najlepiej rozwinięte odruchy i jest w organiźmie najbardziej siłodajny.

Żaden inny nie posiada bardziej osobliwego tworu ze swym zwojem Gassera i żaden nerw organizmu nie przedstawia tyle specjalnych połączeń z układem nerwowo-wegetatywnym. Każda z jego gałęzi jest zespolona ze zwojami, które otrzymują gałązkę współczulną doprowadzającą. Jest to zwój oczny (ganglion ophtalmicum) lub rzęskowy (ciliare) dla gałęzi ocznej. Zwój Meckela lub skrzydełkowo - podniebienny (spheno - palatinum) dla gałęzi szczękowej górnej. Zwoje oczne i podszczękowy dla gałęzi szczękowej dolnej.

Nerwy wegetatywne zaopatrujące okolicę ustno-zębową pochodzą z grupy rdzennej (2, 3, 4, 5, odcinków rdzenia piersiowego). One towarzyszą pochewce współczulnej tętnic zębowych, które pochodzą ze splotu szyjnego (plex. caroticus) i ze zwoju szyjnego górnego (gangl. cervic. superius). Grupa ta jest naczyniowo - zwężająca. Grupa odpowiadająca guzowatości towarzyszy drodze czuciowej, zwój szkrzydłowo - podniebienny dla szczęki górnej, zwój uszny dla szczęki dolnej. Są to nerwy naczyniowo - rozszerzające, które się dołączają do układu nerwowego pochwowego.

Należy stwierdzić, że okolica ustno - zębowa tak osobliwie przedstawiająca się pod względem fiziologicznym i patologicznym posiada również szczególne unerwienie błędno - współczulne.

Dawnemu wyobrażeniu o układzie nerwowo-wegetatywnym, który dzielił układ ten na dwie odrębne i wyraźne części przeciwstawne, współczulną we właściwym tego słowa znaczeniu z jednej strony lub miejscowo - wspólczulną (ortho - sympatique), i układ nerwu błędnego z drugiej strony lub parasympatyczny należałoby raczej przeciwstawić pojęcie mniej naiwne, któreby uwzględniało coraz to większą ważność pewnych układów samoistnych (autonomes), to jest aparatów obwodowych, układów trzewiowych, układów miejscowych.

Każdy narząd wewnętrzny posiadałby bądź zawarty w swojej substancji bądź przynależny do niego istotny mały układ autonomiczny, który może do pewnego stopnia zabezpieczyć mu jego sprawność czynnościową.

Liczne połączenia pomiędzy tymi dwoma układami porządkującymi wyjaśniają złożoność objawów spostrzeganych klinicznie.

Tyle z punktu widzenia zjawisk naczyniowo - ruchowych jak i wahania

równowagi kwasowo - zasadowej. Układy autonomiczne wyjaśniają te zjawiska zwężania lub rozszerzania naczyń, spotykane w pewnych miejscach.

One mogą wyjaśnić także równowagę kwasowo - zasadową ze skłonnością do zasadowości w okolicy przyzębia poza resztą organizmu.

Zapoznaliśmy się rzeczywiście ze szczególniejszym obrazem układu nerwowo - wegetatywnego tej okolicy, której patologia przedstawia również dużo osobliwości.

Gruczoły wkrewne.

Taksamo gruczoły wkrewne, które oddziaływują na układ nerwowo - roślinny, jak i ten ostatni regulują swoją czynność, wykazują jużto zwiększoną jużto zmniejszoną czynność.

Z punktu widzenia endokrinologicznego wątroba przedstawia ośrodek brzuszny ze swym motorem, splotem trzewnym (plexus coeliacus) prawdziwym mózgiem brzusznym, który działa w współpracy z ośrodkiem mózgowym, przysadką. Ośrodek brzuszny oprócz wielu pierwotnych hormonów zwierzęcych dostarcza wiele hormonów różnorodnych pochodzenia pokarmowego w szczególności witamin.

One gromadzą się w gruczołach gdzie tworzą zapasy, które pojawiają się w chwili pożądanej i odgrywają swoją rolę w harmonii z hormonami gruczołów.

Przez krew z żyły wrotnej wątroba otrzymuje produkty z pożywienia, rozkłada je, czyni je przyswajalnymi, niszczy lub przygotowuje do usunięcia produkty trujące. Przez krew z tętnicy wątrobowej otrzymuje produkty spaleninowe pochodzenia komórkowego.

Możliwości czynnościowe wątroby są ograniczone. Zapora jaką stanowi wątroba dla produktów trujących zostaje pewnego razu przezwyciężona, nie odgrywa ona już więcej swej roli obronnej.

Jady organizmu szukają drogi wyjścia: Dziąsło będzie służyć im jako miejsce wydalanie się, nadewszystko gdy nerka jest cokolwiek niewydolna.

Wątroba jest punktem węzłowym naszej równowagi czynnościowej. Ona zarządza lub bierze udział we wszystkich przemianach materii: węglowodanów, tłuszczów, azotu, wody, substancyj mineralnych.

Ona odgrywa główną rolę w utrzymaniu naszej równowagi soków ustrojowych.

Odgrywa ona czołową rolę w stanach wagotonii, który jak widzieliśmy jest uprzywilejowanym stanem dla schorzeń przyzębia.

Ta wagotonia powoduje równowagę kwasowo - zasadową lub przewagę zasadowości, pewne usposobienie do zjawisk wstrząsu, przypadków przeczulicy, wszystkich okoliczności jakie spotykamy w schorzeniach przyzębicy.

Wątroba współdziała czynnościowo z trzustką, tarczycą, jajnikami, gruczołami, które sprzyjają do powstawania skłonności ustroju do wstrząsu, jeżeli jego czynność jest normalna tak samo jak nadnercze, przytarczyca, przysadka będą działać przeciw wstrząsom.

Wnioski.

Możemy więc wnioskować, że schorzenie przyzębia (parodontosis) przedstawia pewnego rodzaju odczyn chorobowy i objawy kliniczne ze strony podłoża nerwowo - gośćcowego.

Chociaż określenia zespołu objawowego gośćcowego są dość dokładne i chociaż w tej sprawie podano dość liczne określenia, można powiedzieć, że gościec jest schorzeniem odpadków i strątów, co objawia się klinicznie przez wykwity i złogi.

Krew i soki ustrojowe chorego na gościec posiadają w ataku zawsze pewne substancje niezbędne dla życia, ale które w stanie prawidłowym znajdują się procentowo w ilości bardziej ograniczonej.

Co więcej, krew i soki takiego chorego zawierają pewne związki trujące, truciznę gośćcową, której ustrój stara się pozbyć. Dziąsło będzie służyło za drogę do ich wydalania.

Zwichnięcie równowagi nerwowo-wegetatywnej i nerwowo-wkrewnej u nerwowo - gośćcowych wagotoników podtrzymuje stan zasadowości, skłonność do objawów wstrząsu, przypadków przeczulicy (anaphylaxie).

W większości przypadków leczenie schorzeń przyzębia oprócz zabiegów miejscowych zawsze nieodzownych powinno być wielostronne to znaczy powinno działać przeciwko każdemu z czynników powodujących zaburzenia nerwowo-wkrewno - sokowe.

Należy je zmieniać stosownie do jednostki, rasy, usposobienia, podłoża poszczególnego.

Stosownie do przypadków będzie się podawać wyciągi z przysadki mózgowej, tarczycy, nadnercza, jajników.

Można przepisywać adneralinę, strychninę, chlorek wapnia, gdy się chce zadziałać podniecająco na układ współczulny natomiast chininę, ergotynę, crataegus, passiflorinę gdy chodzi o uspokojenie.

W przypadkach niewyraźnych, po chorobach można stosować eserynę, atropinę, pilocarpinę, lobelinę, gardenal.

Prawie zawsze trzymając się zasady jak najmniej obciążać wątrobę powinniśmy łączyć opoterapię wątrobowo - żółciową.

Przetłumaczył *Dr. Ignacy Pietrzycki.*

Errata.

Dołączony do nr. 12. 1937 Pol. Stom. „Dodatek do sprawozdań VIII. Pol. Zjazdu Stomat." przez omyłkę ma w nagłówku nr. 2 zamiast nr. 12.

W sprawie określenia w języku polskim „parodontozy".

Terminologia międzynarodowa.

Weski, Kantorowicz i wielu innych autorów wprowadzili do mianownictwa międzynarodowego następujące określenia klasyczne: 1) „Paradentium" wyrażające zespół tkanek utrzymujących ząb, 2) „Paradentitis" dla wyrażenia ostrych stanów zapalnych tych tkanek oraz procesów, w których stany zapalne tych tkanek stanowią główną istotę schorzenia, 3) „Paradentosis" która ma wyrażać zmiany zanikowe w zakresie kości zębodołu z następową skłonnością do tworzenia się kieszonek dziąsłowych i rozchwiania się zębów. Rzeczą sporną pozostaje tylko to, czy zamiast jak w określeniach powyższych łączyć wyraz grecki „Παρά" z łacińskim „dens", nie należałoby raczej używać określenia utworzonego z wyrazów wyłącznie greckich jak „Παρά" i „ὀδοῦς" to znaczy po złączeniu tych wyrazów utworzyć określenie „parodontium", „parodontitis", „parodontosis".

Szkoła Lwowska prof. Cieszyńskiego posługuje się tym ostatnim określeniem jednorodzajowym pod względem językowym, analogicznie do podobnego określenia również tylko greckiego pochodzenia „periodontium", „periodontitis".

Terminologia polska.

ad 1) W języku polskim terminowi „Parodontium" odpowiada określenie „przyzębie".

ad 2) Dla oddania znaczenia terminu „Parodontitis" język polski musi posiłkować się określeniem opisowym „stan zapalny" w tym wypadku „przyzębia".

ad 3) Inaczej przedstawia się sprawa gdy zachodzi potrzeba spolszczenia określeń klasycznych wyrażających nie stan zapalny, ale zmiany chorobowe o charakterze zwyrodnień, zaników, czy zaburzeń czynnościowych.

Określenia klasyczne w tych wypadkach w miejsce końcówki „itis" przyjmują do odnośnego źródłosłowu zakończenie „osis".

W słownictwie lekarskim polskim końcówka „i c a" dodana do odpowiedniego źródłosłowa imienia lub nazwy narządu wyraża właśnie takie zmiany zwyrodnienia, zaniku czy zaburzeń czynnościowych. Jako przykłady mogą służyć takie określenia lekarskie polskie jak „nerczyca" odpowiadająca klasycznemu „nephrosis", „nerwica" odpowiadająca „neurosis" i wiele podobnych.

Szukając odpowiednika polskiego dla określenia klasycznego „Parodontosis" można go mieć przez dodanie do wyrazu „przyzębie" końcówki „ica".

Określenie polskie „Przyzębica" jest lingwistycznie poprawne i wyraża zmiany zanikowe w kości zębodołowej, które są charakterystyczne i istotne dla „Parodontozy".

Rekapitulujemy, mianownictwu klasycznemu międzynarodowemu odpowiadają następujące określenia lekarskie polskie: „Przyzębie", — „Parodontium", „Stany zapalne przyzębia", — „Parodontitis", „Przyzębica", — „Parodontosis".

*

Celem zasięgnięcia opinii stomatologów miejscowych, pozostających w bliskiej styczności w sprawie polskiego mianownictwa z tutejszą kliniką stomatologiczną, odbyto tamże w dniu 19 XII 1937 posiedzenie, na które zaproszono:

dra Allerhanda, dra Atlasa, dra Bardasz-Druckerową, lek. Kotulskiego, doc. dra Tychowskiego i dra Pietrzyckiego.

Przedmiotem dyskusji była potrzeba ustalenia w słownictwie lekarskim polskim dotyczącego określenia schorzeń przyzębia posiadającego w terminologii międzynarodowej określenie „parodontisis".

Zebrani przyszli do przekonania, że należałoby w tej sprawie zainteresować ogół stomatologów i lekarzy dentystów, a następnie zasięgnąć w tej sprawie opinii Akademii Umiejętności, oraz zainteresowanych członków Rady Wydziału lekarskiego.

Dr. Pietrzycki.

„Przyzębica" odpowiada terminowi parodontosis.

Poniżej podajemy in extenso stanowisko prof. dra St. Ciechanowskiego z Krakowa, najwybitniejszego znawcy polskiego mianownictwa lekarskiego, w sprawie powyższej, do którego zwróciła się Redakcja Polskiej Stomatologii.

Po utrwaleniu się już oddawna w polskim słownictwie nazwy „nerwica" = neurosis, nie można — mojem zdaniem — nic zarzucić nazwom, podobnie utworzonym w latach ostatnich, jako to: nerczyca = nephrosis, gruczołowica = lymphadenosis, szpikowica = myelosis itp.

Sądzę więc, że równym prawem może być wprowadzona nazwa „przyzębica" = parodontosis, utworzona od zupełnie prawidłowego terminu „przyzębie" = parodontium.

„Parodontitis" będzie musiało pozostać w polszczyźnie nazwą dwuwyrazową: „zapalenie przyzębia", podobnie, jak wszystkie polskie tłumaczenia nazw zakończonych na „...itis".

Polskiej nazwie „przyzębica" należałoby wszędzie pierwszeństwo przed „parodontozą", chociaż użycie tego spolszczonego słowa nie jest zbyt wielkim grzechem wobec łatwości, z jaką polszczyzna przyswoiła i przyswaja sobie jeszcze ciągle sporo wyrazów łacińskich lub grecko-łacińskiego pochodzenia.

Kraków, 1 stycznia 1938. *Ciechanowski.*

Na tym miejscu wyraża Redakcja Pol. Stom. p. prof. dr. St. Ciechanowskiemu serdeczne podziękowanie za zainteresowanie się powyższą sprawą i wydanie Swej opinii.

WYDAWCA: Prof. dr. A. Cieszyński i Związek Stomatologów Lwowskiej Izby Lekarskiej.

Druk. „Dziennika Polskiego“, Lwów, Cicha 5.